



# ژلوفن

## روماتولوژی

ویرایش ۱۴۰۰



کپی کردن کتاب مصداق عینی دزدی است؛  
استفاده از فایل کتاب مصداق عینی دزدی است؛  
شما دزد نیستید!  
پس کتاب را کپی نکنید، از فایل‌های غیرقانونی استفاده نکنید  
و سارقین مجازی را معرفی کنید تا جامعه سالم بماند.

مؤلفین: علی الهی پرست، فاطمه موسوی

مدیریت تدوین: دکتر صادق شفاei، دکتر سارا آریان

مؤسسه آموزشی دانش‌آموختگان تهران

انتشارات طبیبانه

۱۴۰۰



سرشناسه	:	الهی پرست، علی، ۱۳۷۵-
عنوان و نام پدیدآور	:	ژلوفن روماتولوژی ویرایش ۱۴۰۰ / مؤلفین علی الهی پرست، فاطمه موسوی ؛ مدیریت تدوین صادق شفاei، سارا آریان ؛ [برای] موسسه آموزشی دانش‌آموختگان تهران.
مشخصات نشر	:	تهران: طبیبانه، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری	:	۶۰ ص: ۲۹×۲۲ س.م.
شابک	:	۹-۶۸-۷۵۰۵-۶۲۲-۹۷۸ : ۸-۷۸-۷۵۰۵-۶۲۲-۹۷۸
وضعیت فهرست‌نویسی	:	فیا
موضوع	:	روماتیسم‌شناسی -- راهنمای آموزشی
موضوع	:	Rheumatology -- Study and teaching
موضوع	:	روماتیسم‌شناسی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
موضوع	:	Rheumatology -- Examinations, questions, etc
شناسه افزوده	:	موسوی، فاطمه، ۱۳۷۵-
شناسه افزوده	:	شفاei، صادق، ۱۳۶۷-
شناسه افزوده	:	Shafaei, Sadegh
شناسه افزوده	:	آریان، سارا، ۱۳۷۲-
شناسه افزوده	:	موسسه آموزشی دانش‌آموختگان تهران
رده بندی کنگره	:	RC۹۲۷
رده بندی دیویی	:	۶۱۶/۷۲۳۰۷۶
شماره کتابشناسی ملی	:	۷۷۲۹۷۵۵
اطلاعات رکورد کتابشناسی:	:	فیا



### ژلوفن روماتولوژی

مؤلفین: علی الهی پرست، فاطمه موسوی  
ناشر: طبیبانه  
چاپ: مجتمع چاپ و نشر پیشگامان  
مدیر تولید محتوا و صفحه‌آرایی: فاطمه عموتقی  
صفحه‌آرا: دپارتمان تولید محتوای پیشگامان  
طراح جلد: آذین کریمی  
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۰  
شمارگان: ۱۰۰۰ جلد  
قیمت: ۶۰۰۰ تومان  
قیمت در بسته ماژور: ۴۶۰۰۰ تومان  
شابک: ۹-۶۸-۷۵۰۵-۶۲۲-۹۷۸  
شابک دوره: ۹-۶۸-۷۵۰۵-۶۲۲-۹۷۸  
مرکز پخش: تهران، میدان انقلاب، خیابان کارگر جنوبی، بعد از خیابان روانمهر، بن‌بست سرود، پلاک ۲، واحد همکف  
تلفن: ۰۲۱ ۶۶۴۰۶۱۷۰ / ۰۲۱ ۶۳۵۳۵۸۰۲۳۱  
وب سایت: edutums.ir

## راهنمای استعمال ژلوفن

### دوباره سلام!

❶ چرا دوباره؟ یادت میار علوم پایه داشتی و با سیب سبز کپل شده بودی؟ روز آخر که قبول شدی و داشتی می رفتی بت گفتیم برو دوباره میایم سراغت! الوعده وفا! اومدیم تا سر امتحان پره انترنی اون ۴ تا موی باقی مونده تو هم پرینیم و به عنوان یه complete kachal بغرستیمت دوره ی اینترنی 🙄

❷ ژلوفن چیه دقیقاً؟ آله بفوام فیلی دقیق بگم میشه «سیب سبز پره انترنی». یعنی یه کتاب «آموزش مبتنی بر تست دروس بالینی جهت آمادگی امتحان پره انترنی».

❸ تفاوت ژلوفن با مابقی منابع چیه؟ در مورد منابع دیگه نظری نداریم ولی ژلوفن با این ویژگی ها اومده:

۱- مفتوای آموزشی براساس رفرنس های جدید

۲- منبع مناسب تست زنی بر اساس آزمون های کشوری برگزار شده

۳- آموزش منظم و طبقه بندی شده ی مباحث

۴- تعیین اهمیت مباحث و انتقاب مهم براساس میزان اهمیت

۵- برنامه ریزی و مشاوره ی آموزشی دائم 🙋

⌚ ژلوفن چه جور ی تألیف شده؟ اینجوری 🗨

اول از همه، سوالای تمام ادوار پره انترنی از کشوری گرفته تا قطبی (از سال ۹۳) رو جمع و دسته بندی کردیم، ریز به ریز مشفص کردیم که توی هر درس، هر مبحث چند سوال داره و بعدش اون مبحث رو با چند تا تست نمونه، جوری تدریس کردیم که تمام سوالا رو جواب بده. به عنوان مثال مبحث IBD توی گوارش ۴۰ تا تست داشته، با کمک ۸ تا تست مبحث رو جوری تدریس کردیم که هر ۴۰ تا سوالش رو بتونی جواب بده 🙌

❶ مابقی سوالا کجا رفتن؟ آله می فواستیم همه ی سوالا رو بیاریم مهم کتاب چند برابر می شد بدون اینکه هیچ نکته ی آموزشی جدیدی بفونی. پس تموم سوالای هر درس با تعیین قطب مربوطه و طبقه بندی کامل و جواب کلیدی رو گذاشتیم توی یه کتاب تست تمرینی داخل اپلیکیشن طبیبانه و می تونی بری اونجا هر یقد که دلت فواست تست بزنی! آله وقتت کمه هیچ الزامی نیست که بری به اپلیکیشن. اصل کار، تسلط به مفتوای آموزشیه که توی ژلوفن انجام شده. تست تمرینی میشه مکمل کاری 📖

❷ ژلوفن بر اساس ۱۲۴ امتحان قطبی و کشوری تألیف شده؛ پس خیالت راحت که هم به سوالای قطب فودت و هم کشوریا مسلط

میشی. 👯

❸ اول هر مبحث یه «جدول معرفی مبحث» گذاشتیم که توش تعداد سوالای کشوری اون مبحث و اهمیتش رو نوشته. اهمیت مبحث بر اساس تعداد سؤالات ادوار افیر، تعداد سؤالات کشوری، مهم مبحث و میزان بازدهی مبحث از نظر سفتی و آسونی سؤالات تعیین شده.

با کمک جدول اهمیت مبحث می‌تونیم تصمیم‌گیری کجاها بیشتر وقت بزاری، یعنی همون مباحث خیلی مهم و اگر وقتت کم بود، کجاها رو زودتر ازش رد بشی مثل مباحث غیرمهم.

⌚ مهم ژلوفن چوریه که میشه به عنوان یه منبع واسه امتحانات پایان بخش هم بوش نگاه کرد. توی پره هم می‌تونه بهت کمک کنه که از پاس تا رتبه رو باهاتش بیاری! اما در هر صورت همیشه باید زرنگی، رقیبا، فراموشی، نقایص مفتوایی احتمالی و تعداد کم سؤالی بدید هر ترم رو هم در نظر بگیر. واسه منبع مرور و آزمون دادن هم یه فکرای بکری کردیم که همه دارن انجام میشن و به وقتش اطلاع‌سانی میشن. بسته‌ی آمادگی برای امتحان کتابش اومده بقیه‌شم داره تکمیل میشه 🎬

⌚ مطمئن‌کار ما هنوز ایرادای زیادی داره که فقط با کمک شما بهتر میشه. پس بی‌تعارف منتظر فیدبکت هستیم. خیلی خیلی ممنون میشیم آله هر ایرادی توی هر زمینه‌ای می‌بینی بگی 🗣️

⌚ با فرید کتاب ژلوفن بازم خدایافظی نمی‌کنیم. ما تا ابر عفو خانواده‌ی دانشجویان پزشکی ایم! پس با هم هستیم و واسه ارتقای آموزش پزشکی به همدیگه کمک می‌کنیم. یادت باشه واسه پره هم یه بخش مهمی از کارمون توی کانال تلگرامه و تا روز آخر با همیم! روز آخر پره نه! روز آخر پزشکی. اصن مگه پزشکی آفرم داره؟! 📖

@pre\_interni

👉 کانال مشاوره‌ی آموزشی پره‌انترنی

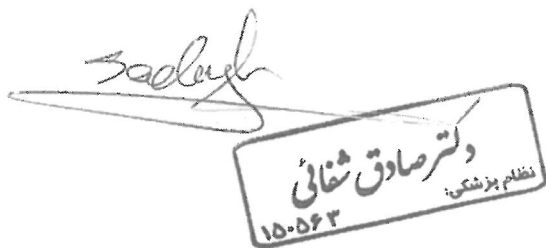
@edutums

👉 آکانت فرید محصولات

@pre\_interni\_admin

👉 فیدبک و اعلام همکاری

هالا برو سر درست. ببینیم چقد می‌ترکونی!



دکتر سارا آریان  
نظام پزشکی: ۱۸۳۲۰۸



## فهرست مطالب

۷.....	برخورد با اختلالات مفصلی
۱۱.....	استئوآرتریت
۱۵.....	آرتریت روماتوئید
۲۰.....	لوپوس و شوگرن
۲۵.....	سندرم آنتی بادی آنتی فسفولیپید (APS)
۲۷.....	اسکلرودرمی
۳۱.....	اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها
۳۵.....	میوپاتی‌های التهابی
۳۹.....	واسکولیت
۴۲.....	کریستالوپاتی‌ها
۴۵.....	آرتریت سپتیک
۴۹.....	درد کمر و گردن
۵۵.....	اختلالات اطراف مفصلی
۶۰.....	فیبرومیالژیا

**@tabadol\_jozveh\_pezeshki**



عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
برفورد با اختلالات مفصلی	مهم	۱

۱ در افتراق بین درد مفصلی از درد غیر مفصلی تمام موارد زیر به نفع درد مفصلی است بجز: (پره‌انترنی شهریور ۹۶ - قطب مشهد)

درد عمقی و منتشر

محدودیت حرکات فعال بیشتر از غیر فعال

قفل شدن (locking)

کریپتوس

در برخورد با اختلالات عضلانی اسکلتی باید به چند سوال مهم جواب بدیم:

✓ درد مفصلی است یا خارج مفصلی؟

باید برای تشخیص مفصلی بودن درد به چند نکته توجه کنیم که تو جدول

پایین می‌بینی:

کیفیت و محل درد و تندرns	درد با منشأ مفصلی	درد با منشأ خارج مفصلی
معمولاً عمقی و منتشر	تندرns در فضای خارج مفصلی (point tenderness)	
محدودیت حرکتی	محدودیت در حرکات Active و Passive	محدودیت حرکات Active
کریپیتاسیون، دفورمیتی، قفل شدن مفصل	دارد	- ندارد
علائم مفصلی دیگر	تورم مفصلی	-

۲ مرد ۴۵ ساله‌ای به علت درد یک ماهه‌ی شانه‌ی راست

مراجعه کرده است. حرکات پاسیو مفصل طبیعی و ایداکسیون فعال شانه دردناک است. محتمل ترین علت مشکل این بیمار کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵ - قطب تهران)

رسوب کریستال

میکروتروما

بیماری اتوایمیون

آرتریت واکنشی

✓ حاد است یا مزمن؟ درد کمتر از ۶ هفته حاد و بیشتر از ۶ هفته مزمن است.

✓ التهابی است یا غیر التهابی؟

درد التهابی علاوه بر علائم مفصلی، علائم سیستمیک و یافته‌های آزمایشگاهی مختل دارد، در صورتی که درد مکانیکال و غیر التهابی معمولاً بدون علائم مفصلی، سیستمیک و تغییرات آزمایشگاهی است؛ مقایسه‌شون رو پایین ببینیم

مثال	درد التهابی	درد غیرالتهابی و مکانیکال
آرتریت عفونی، آرتریت روماتوئید، لوپوس و ...	تروما، بورسیت، استئوآرتریت، فیبرومیالژی و ...	
علائم مفصلی	درد، اریتم، گرمی، تورم	درد، معمولاً بدون اریتم، گرمی و تورم
خشکی صبحگاهی	طولانی و بیشتر از یک ساعت	کوتاه و کمتر از نیم تا یک ساعت
اثر فعالیت و استراحت	تشدید با استراحت و در شب، بهبود با فعالیت	تشدید با فعالیت و بهبود با استراحت
علائم سیستمیک	خستگی، تب، راش، کاهش وزن	ندارد
آزمایشات	افزایش ESR و CRP و آنمی نرموکروم نرموسیتیک و ...	طبیعی

سؤال	۱	۲		
پاسخ	ب	ب		

### لوکال (تک مفصلی) است یا منتشر (چند مفصلی)؟

در درگیری مفصلی اگر یک مفصل درگیر باشد؛ مونوآرتیکولر، اگر ۲-۳ مفصل درگیر باشد؛ الیگوآرتیکولر و اگر بیشتر از ۳ مفصل درگیر باشد پلی آرتیکولر است. حالا که چهار سوال مهم در برخورد با آرتریت رو یاد گرفتیم، بیا بریم مثال‌هاش رو بگم

🔪 آرتریت غیرالتهابی ☞ استئوآرتрит، آرتریت شارکو، استئونکروز و هموکروماتوز.

🔪 مونوآرتريت التهابی حاد ☞ نفرس، آرتریت سپتیک، نفرس کاذب، آرتریت راکتیو.

🔪 پلی آرتریت التهابی حاد ☞ آرتریت روماتوئید، آرتریت سپتیک چندمفصلی، بیماری سرم، آرتریت وایرال، لوپوس دارویی.

🔪 مونوآرتريت و الیگوآرتريت التهابی مزمن ☞ آرتریت راکتیو، آرتریت پسوریازیزی، مونوآرتريت سلی.

🔪 پلی آرتریت التهابی مزمن قرینه ☞ آرتریت روماتوئید، لوپوس، اسکلوئودرمی، پلی میوزیت، وایرال، نفرس مزمن، نفرس کاذب و Poncet's dis-ease در سل.

🔪 پلی آرتریت التهابی مزمن غیرقرینه ☞ آرتریت پسوریاتیک، آرتریت واکنشی، آرتریت انتروپاتیک.

🔪 آرتریت مهاجر ☞ تب روماتیسمی، آرتریت گنوکوکی، آرتریت وایرال، آرتریت بیماری ویپل.

۲ برای مرد ۳۵ ساله با آرتریت حاد مچ پای راست، کدام تشخیص کمتر مطرح است؟  
(پره‌انترنی شهریور ۹۷ - قطب کرمان و تهران)

الف) آرتریت روماتوئید

ب) آرتریت سپتیک

ج) آرتریت کریستالی

د) آرتریت واکنشی

۴ خانم ۳۶ ساله با شکایت از درد دست‌ها مراجعه می‌کند. در معاینه پلی آرتریت قرینه‌ی مفاصل کوچک دست‌ها دارد. کدامیک از موارد زیر جزء تشخیص افتراقی‌ها نیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶ - قطب تهران)

الف) بیماری ویپل

ب) آرتریت روماتوئید

ج) لوپوس

د) آرتریت وایرال

### آنالیز مایع مفصلی

اولین اقدام در مونوآرتريت و تورم مفصلی حاد، شک به آرتریت عفونی و کریستالوپاتی و تروما آسیب‌رسانیون مایع مفصلی و آنالیز نتایج آن از نظر ظاهر، چسبندگی (ویسکوزیته)، تعداد و نوع سلول و گاهی کشت است. مواردی مثل گلوکز، پروتئین و LDH ارزش‌چندانی ندارند. جدول زیر تمام نکاتی که تا آخر زلوفن روماتولوژی از مایع مفصلی باید بدونی رو یک‌جا داره

۵ کدامیک از گزینه‌ها، خصوصیات مایع مفصل طبیعی است؟ (پره‌انترنی دی ۹۹ - میاندوره‌ی کشوری)

الف)  $WBC: 2000 - 5000$  با  $PMN$  ۲۰ درصد

ب)  $WBC > 1000$  با  $PMN$  ۵۰ درصد

ج)  $WBC > 200$  با ارجحیت لنفوسیت‌ها

د)  $WBC > 200$  با ارجحیت نوتروفیل‌ها

سؤال	۳	۴	۵
پاسخ	الف	الف	ج



نوع	مثال	ظاهر	چسبندگی	تعداد WBC	ارجحیت سلولی
طبیعی	طبیعی دیگه!	شفاف، زرد کم رنگ	عادی	کمتر از ۲۰۰	بیشتر تک هسته‌ای / PMN < ۱۰%
غیر التهابی	استئوآرتریت، تروما	شفاف تا اندکی کدر	عادی	کمتر از ۲۰۰۰	بیشتر تک هسته‌ای / PMN < ۳۰%
التهابی غیر عفونی	آرتریت روماتوئید، نقرس	شدیداً کدر	کاهش یافته	۲۰۰۰-۵۰۰۰	PMN حدود ۷۰%
عفونت	آرتریت باکتریایی	شدیداً کدر	کاهش یافته	بیشتر از ۵۰۰۰	PMN حدود ۹۰%
	آرتریت سلی یا قارچی	کدر	کاهش یافته	۱۰۰۰۰-۳۰۰۰۰	PMN حدود ۷۰-۵۰%

۶ کدامیک از تشخیص افتراقی‌های زیر برای مایع مفصلی هموژیک کمتر مطرح است؟ (پره‌اترنی تیر ۹۷-میان‌دوره‌ی کشوری)

- ۱ کوآگولوپاتی
- ۲ آرتروپاتی شارکو
- ۳ آرتریت روماتوئید
- ۴ تروما

پاسخ: مایع مفصلی خونی یا همارتروز چهار تشخیص مهم دارد:

ضربه

کوآگولوپاتی (اختلالات انعقادی مثل هموفیلی)

کنسر

آرتروپاتی شارکو (آرتریت نوروپاتیک)

پاسخ: اگر  $PMN > 75\%$  بود، باید مایع رو زیر میکروسکوپ از نظر وجود بلور و کریستالوپاتی بررسی کنیم. اگر بلور نداشت، از نظر کشت و رنگ آمیزی بررسی می‌کنیم.

۷ جهت تشخیص کدامیک از بیماری‌های موسکولواسکلتال زیر استفاده از اولتراسوند (سونوگرافی) کاربردی ندارد؟ (پره‌اترنی خرداد ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

- ۱ کیست بیکر
- ۲ پارگی تاندون روتاتور کاف
- ۳ سندرم تونل کارپ
- ۴ سینوویت ویلون‌دولار پیگمانته

پاسخ: بریم یه کوچولو در مورد روش‌های تصویربرداری در بیماری‌های مفصلی بخونیم:

♦ سونوگرافی برای تشخیص اختلالات بافت نرم مانند تاندینیت، تنوسینوویت، انتزیت، بورسیت، کیست بیکر، آسیب تاندون، سندرم تونل کارپ و پارگی روتاتور کاف مناسب است. پس تو سؤال روبرو جواب داله؛ سینوویت ویلون‌دولار پیگمانته، یک بیماری نادر و پرولیفراتیو خوش خیم غشای سینوویال مفاصل، غلاف تاندون و بورس مفصلی است. برای تشخیص این بیماری، از معاینه، MRI و آرتروسکوپی استفاده می‌کنیم و سونوگرافی کاربردی ندارد.

♦ رادیوگرافی ساده هم در مواردی مانند تروما، شک به عفونت مزمن، ناتوانی پیش‌رونده، درگیری تک مفصلی و ارزیابی اولیه بیماری‌های مزمن استفاده می‌شود.

سؤال	۶	۷		
پاسخ	ج	د		

### ❖ پاسخ تراکم استخوان (BMD: Bone Mineral Density)

تست BMD یا تراکم استخوان تست مناسبی برای غربالگری استئوپروز است که بررسی آن در گروه‌های زیر لازم است:

همه خانم‌های بالای ۶۵ سال و آقایان بالای ۷۰ سال

خانم‌های جوان‌تری که یائسه شدن یا در بازه menopausal transition هستند.

آقایان بین ۶۹-۵۰ سال که ریسک فاکتورهای بالینی شکستگی را دارند.

شکستگی بدون تروما بعد از ۵۰ سالگی.

بالغین مبتلا به بیماری‌هایی که باعث کاهش حجم استخوان می‌شوند مثل آرتریت روماتوئید یا مصرف روزانه حداقل ۵ میلی‌گرم پردنیزولون به مدت حداقل ۳ ماه.

### ❖ پاسخ تست تراکم استخوان با توجه به دو معیار T و Z تفسیر می‌شود.

Tscore ➡ دانسیته‌ی استخوان بیمار را با شخص سالم ۳۰ ساله از همان جنس مقایسه می‌کند.

استئوپنی ➡  $-1 < \text{T-score} < -2.5$

استئوپروز ➡  $\text{T-score} < -2.5$

Zscore ➡ دانسیته‌ی استخوان بیمار را با فردی هم‌سن و هم‌جنس مقایسه می‌کند. این امتیاز اگر از -2.5 کمتر باشد، ریسک شکستگی در بیمار بالا می‌رود.

تست تمرینی منتظر ته.

اولین تاثیر فقر کشتن فکر است ؛

یعنی اگر شما به اندازه‌ی کافی برای حیات خود پول نداشته باشید برده‌ی

بی‌اختیار پول فواید شد،

همان شرایطی که طبقه‌ی متوسط به آن گذران زندگی می‌گویند!

مورج اورول

۸ در کدامیک از افراد زیر بررسی تراکم استخوان

(BMD) توصیه نمی‌گردد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶-

قطب زنجان)

۱ خانم یائسه‌ی ۶۵ ساله

۲ آقای ۴۰ ساله با سابقه‌ی مصرف پردنیزولون

۳ ۵mg روزانه به مدت دو ماه

۴ آقای ۴۵ ساله مبتلا به آرتریت روماتوئید

۵ آقای ۶۰ ساله با سابقه‌ی شکستگی لگن بدون

تروما در ۵۰ سالگی

۹ کدامیک از موارد زیر معیار تشخیصی

پوکی استخوان است؟ (پره‌انترنی میان‌دوره‌ی

اردیبهشت ۹۷)

۱ T-score  $\leq -2.6$

۲ Z-score = -1.5

۳ T-score = -2 همراه با Z-score = -1

۴ Z-score = -2.5

سؤال	۸	۹		
پاسخ	ب	الف		

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
استئوآرتрит	معم	۴

استئوآرتريت (OA) یا آرتروز شایع‌ترین بیماری مفصلی است که به دنبال افزایش فشار به مفصل و برهم خوردن تعادل بین غضروف‌سازی و تخریب آن ایجاد می‌شود. چاقی، حرکات فیزیکی نامناسب و ... می‌تواند بار اضافی به مفصل وارد کند. استئوآرتريت دو نوع اولیه و ثانویه دارد.   
 (۱) شایع‌ترین بیماری استخوانی، استئوپروز است.

#### ۵۳ پاتوژنز استئوآرتريت

۱ در پاتوژنز استئوآرتريت کدامیک از عوامل زیر

نقش دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطب آزاد)

ا) فعال شدن ایمنی سلولار

ب) افزایش Nitric Oxide

ج) فعال شدن ایمنی هومورال

د) افزایش TGF-β

دو عامل اصلی ایجاد استئوآرتريت شامل افزایش آسیب‌پذیری مفصل و افزایش فشار وارده به مفصل است. یکی از فاکتورهایی که در آسیب مفصلی نقش دارد، سیتوکاین است؛ سیتوکاین‌هایی مثل IL1 و TNFα با افزایش تولید پروستاگلاندین E2 و NO، ساخت ماتریکس غضروف رو سرکوب می‌کنند.   
 (۲) استئوآرتريت بر عکس آرتريت روماتوئید التهابی نیست و التهاب، عارضه‌ی ثانویه به استئوآرتريت است.

#### ۵۴ ریسک فاکتورهای استئوآرتريت

۲ تمام موارد زیر جزء ریسک فاکتورهای

اوستئوآرتريت می‌باشد، به جز: (پره‌انترنی دی ۹۹- میاندوره‌ی کشوری)

ا) چاقی

ب) سن بالا

ج) اوستئوپروز

د) جنس زن

سن بالا ☞ مهم‌ترین ریسک فاکتور استئوآرتريت است که سن بالا در استئوآرتريت نوع اولیه و سن پایین در ثانویه مهم است.   
 جنس مونث ☞ مخصوصاً در منوپوز که استروژن کم می‌شود.   
 چاقی ☞ در خانم‌ها نقش پر رنگ‌تری دارد.   
 ژنتیک   
 استفاده‌ی مکرر از مفصل   
 ناهنجاری‌های مفصلی مثلاً ژنوآروم و ژنووالگوم.   
 تراکم بالای استخوان   
 تغذیه   
 استعداد آناتومیک؛ برای مثال در نژاد قفقازی، استئوآرتريت هیپ شایع‌تر است.

عمل جراحی و آسیب مفصلی مثلاً جراحی منیسک.

سؤال	۱	۲		
پاسخ	ب	ج		

### بیشترین مفاصل درگیر در استئوآرتрит

- ✎ مفصل زانو و سپس هیپ شایع‌ترین‌ها
- ✎ مفاصل پروگزیمال (PIP) و دیستال (DIP) انگشتان دست که باعث به ترتیب دفورمیتی گره بوشارد و هبردن می‌شود
- ✎ مفصل کارپومتاکارپ (CMC) اول دست
- ✎ مفصل متاتارسوفالانژیال (MTP) اول پا
- ✎ مهره‌های گردنی و لومبوساکرال
- ✎ یادداشت: باشد معمولاً مچ دست و پا در استئوآرتريت درگیر نمیشن.
- ✎ بیشترین محدودیت حرکت مفصل هیپ در چرخش داخلی است.

### نظواهرات بالینی استئوآرتريت

- ✎ درد: شایع‌ترین علامت استئوآرتريت است که با فعالیت بدتر میشه؛ درد شبانه و استراحتی رو تو مراحل پیشرفته‌ی استئوآرتريت می‌بینیم که البته باید تشخیص‌های دیگه رو هم مد نظر داشته باشیم.
- ✎ درد در استئوآرتريت از غضروف مفصل نیست، بلکه با گذشت زمان به دنبال آسیب ساختمان‌های خارج غضروفی ایجاد میشه مثلاً کشیدگی کپسول مفصلی، ادم مغز استخوان، التهاب سینوویوم و...

### خشکی صبحگاهی کمتر از ۳۰ دقیقه (morning stiffness)

- ✎ کریپیتاسیون و صدای ترق تروق در حرکات مفصلی.
- ✎ افیوژن مفصلی به خصوص در زانو
- ✎ خشکی گذرای مفصل در طول روز به دنبال بی‌حرکتی کوتاه مدت مفصل (gel phenomenon)
- ✎ ژنووآروس (زانو پرانتزی)
- ✎ همراهی با پارگی منیسک
- ✎ تست شرآگ مثبت در استئوآرتريت پاتلوفمورال؛ با فشار ما روی پاتلای بیمار و انقباض فعالانه‌ی عضله‌ی چهار سر ران، بیمار از درد دادش میره هوا و ما هم کریپیتاسیون مفصلی رو حس می‌کنیم.

### ۳ استئوآرتريت در کدامیک از مفاصل زیر شایع

- است؟ (پره‌انترنی میان‌دوره‌ی اردیبهشت ۹۶- قطب اصفهان)
- ✎ مفصل مچ پا
- ✎ مفصل مچ دست
- ✎ ستون فقرات توراسیک
- ✎ مفاصل بین انگشتی پروگزیمال

### ۴ کدامیک از موارد زیر در استئوآرتريت عامل

- ایجاد درد نیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطب اهواز)
- ✎ التهاب بافت سینوویال و کپسول مفصلی
- ✎ میکروفرآکچر متعدد استخوان ساب‌کندرال
- ✎ اسپاسم عضلانی و کشش لیگامان‌ها
- ✎ ادم و تخریب ماتریکس غضروف مفصلی

### ۵ کدام گزینه با استئوآرتريت بیشتر مطابقت

- دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵- قطب تهران)
- ✎ زن ۴۰ ساله با درد و تورم مزمن مچ دست‌ها و آرنج‌ها
- ✎ مرد ۶۵ ساله با حملات تورم زانوی راست
- ✎ زن ۵۸ ساله با درد مزمن زانو‌ها و خشکی صبحگاهی ۱۵ دقیقه‌ای
- ✎ مرد ۲۵ ساله با درد و تورم ۲ هفته‌ای مچ پای چپ و زانوی راست

سؤال	۳	۴	۵	
پاسخ	د	د	ج	





### بیم تشخیص استئوآرتрит

اگر تظاهرات بالینی و شرح حال بیمار برات انتخابی به جز استئوآرتريت نداشت، نیاز به اقدام تشخیصی دیگه نداری. ولی اگر شک داشتی به ترتیب دو کار باید بکنی:

① آنسیراسیون و آنالیز مایع مفصلی که در استئوآرتريت باید غیر التهابی باشد یعنی  $WBC < 2000$  و با ارجحیت سلول تک هسته‌ای.   
 اگر  $WBC > 1000$  و با ارجحیت PMN (بیشتر از ۷۵٪) بود به آرتريت‌های التهابی مثل نقرس و آرتريت روماتوئید شک کن.

❖ خانم ۶۸ ساله با درد و کریپتاسیون هر دو زانو از دو سال قبل و افیوژن متوسط زانوی راست آمده است. CRP منفی، ESR=20. در آنالیز مفصلی  $WBC=800$  دارد. کدام تشخیص مطرح است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴- قطب کرمانشاه)

- ا) استئوآرتريت
- ب) آرتريت روماتوئید
- ج) فیبرومیالژی
- د) آرتريت سپتیک

### بیم ② تصویر برداری:

گرافی مفصل در استئوآرتريت هیپ و دست ضروری است، ولی در سایر موارد اندیکاسیون ندارد، مگر در مورد درگیری مفصل زانو که علائمش تپیک نباشد یا به درمان جواب ندهد.   
 تظاهرات استئوآرتريت در گرافی چیست؟

- ❖ کاهش فضای مفصلی
- ❖ اروژن مفصلی
- ❖ کیست استخوانی
- ❖ اسکروز ساب کندرال
- ❖ استئوفیت

⚡ شدت درد با میزان تغییرات و آسیب در گرافی ساده متناسب نیست، ولی وجود سینوویت به خصوص سینوویت زانو در MRI با شدت علائم ارتباط دارد.

### بیم درمان استئوآرتريت

اگر تظاهرات بالینی و شرح حال بیمار برامون مثل این مریض انتخابی به جز استئوآرتريت نداشت، نیاز به اقدام تشخیصی دیگری نیست و درمان رو شروع می‌کنیم. درمان استئوآرتريت سه جزء دارد:

- ۱- درمان حمایتی
- ۲- درمان دارویی

۳- جراحی در موارد شکست درمان

درمان حمایتی اساس و خط اول درمان است که همه در جهت کاهش فشار به مفصل است مثل کاهش وزن، تقویت عضلات اطراف مفصلی (ورزشی مثل شنا و فیزیوتراپی) و استفاده از عصا و Brace.

❖ کدامیک از موارد زیر در مورد اندیکاسیون انجام رادیوگرافی در تشخیص استئوآرتريت صحیح نیست؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطب مشهد)   
 تشخیص استئوآرتريت زانو فقط بالینی است و نیاز به انجام رادیوگرافی ندارد.

- ب) در تشخیص استئوآرتريت دست و هیپ رادیوگرافی اندیکاسیون دارد.
- ج) در مواردی که علائم و نشانه‌های استئوآرتريت زانو غیر تپیک باشد انجام می‌شود.
- د) در صورتی که بعد از درمان مؤثر استئوآرتريت زانو، درد زانو باقی بماند کاربرد دارد.

❖ آقای ۶۵ ساله / درد هر دو زانو از یک سال قبل که با فعالیت تشدید و با استراحت بهبود می‌یابد / خشکی صبحگاهی و سابقه‌ی بیماری و مصرف داروی دیگری ندارد / دارای دو خواهر بیمار مبتلا به آرتريت روماتوئید / در معاینه: وجود کریپتاسیون در فلکسیون کامل زانوها، نداشتن افیوژن در زانوها، / معاینه سایر مفاصل نرمال است. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

- ا) درمان دارویی و غیردارویی مناسب
- ب) رادیوگرافی زانوها
- ج) آزمایشات Uric acid- CRP- ECR- RF
- د) MRI زانوها

سؤال	۶	۷	۸
پاسخ	الف	الف	الف

درمان‌های دارویی در جهت کاهش درد و علائم بیمار است مثل:

۱- استامینوفن تا سه بار در روز و اگر اثر نکرد NSAID میشه اضافه کرد.

۲- داروهای مهارکننده‌ی سیکلواکسیژناز ۲ (COX-2): NSAIDهای غیر اختصاصی مثل بروفن و ناپروکسن عوارض گوارشی زیادی دارند ولی مهارکننده‌های اختصاصی COX-2 مثل سلکوکسیب به دلیل عوارض کمتر ارجحیت دارند، اگرچه در کل خط اول و یا حتی بهترین درمان نیستند.

۳- اپیوئیدها مثل (ترامادول، کدئین و ...) که عوارضی مثل خواب آلودگی و گیجی و تداخل با داروهای ضد تشنج دارند.

۴- تزریق داخل مفصلی استروئید برای درمان استئوآرتروز در موارد شدید و حاد درگیری تک مفصلی مثل زانو و هیپ استفاده میشه. مثلاً در بیمار با استئوآرتروز زانو که تورم مفصلی دارد.

۵- پماد موضعی کاپسایسین (Capsaicin) یا فلفل برای کنترل درد بیمار مفید است.

۶- تزریق داخل مفصلی هیالورونیک اسید هم اگرچه استفاده میشه و زیاد اثری نداره!

کورتون سیستمیک، کلوزامین و کندروئیتین در درمان استئوآرتروز کاربردی ندارد.

پاشو پرو سر وقت تمرینی.

۹ استفاده از استروئید برای درمان استئوآرتروز در

کدامیک از موارد زیر اندیکاسیون دارد؟ (پره‌انترونی

شهریور ۹۷- قطب شیراز)

استئوآرتروز جنرالیزه

موارد مقاوم به NSAID

تزریق داخل مفصلی در موارد حاد و شدید

در بیماران جوان

آله از شما پرسیم «از زندگی می‌فوای؟» و شما این‌طور جواب دهید که «می‌فوام فوشال باشم و یه خانواده فوب و یه کار

دلفواه داشته باشم.»

پاسخ شما آن‌قدر متداول و عرس‌زدنی است که در واقع هیچ معنایی ندارد.

سوال بآلب توجه‌تر، سوالی که بیشتر مردم هیچ‌گاه به آن فکر نمی‌کنند، این است که «چه رنهی تو زندگی می‌فوای؟ ماضری

به‌فاطر چه‌پیزی تو زندگی ازیت بشی؟» چون به نظر می‌آد که پاسخ این سوال نقش مهمی در زندگی ما ایفا می‌کند.

هنر ظریف‌رهایی از دغدغه‌ها

مارک منسن

سؤال	۹			
پاسخ	ج			

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
آرتريت روماتوئيد	فیلى مهم	۶

۱ خانم ۳۰ ساله‌ای با درد و تورم مفاصل از ۲ ماه قبل مراجعه کرده است. خشکی صبحگاهی ۱ ساعته دارد. در معاینه مفاصل میچ دست‌ها و متاکارپوفالانژیال ۲ و ۳ هر دو دست متورم و حساس می‌باشد. کمردرد ندارد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

ا) نقرس

ب) آرتريت روماتوئيد

ج) آرتريت واکنشی

د) اسپوندیلیت آنکیلوزان

۲ بیماری با پلی‌آرتريت مزمن زانو و میچ دست‌ها MTP و PIP ها از چند سال قبل با تشدید علائم مراجعه کرده است. خشکی صبحگاهی یک ساعته دارد و Anti CCP مثبت است. همه‌ی موارد زیر در بیمار فوق قابل انتظار است بجز: (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطب کرمان)

ا) پارگی تاندون‌های اکستانسور میچ دست

ب) سندرم تونل کارپ

ج) C1-C2 Subluxation

د) ساکروایلیت دو طرفه

مسح آرتريت روماتوئيد (RA) یک اختلال سیستمیک، التهابی و مزمن است که دوره‌هایی از عود و بهبودی دارد. آرتريت روماتوئيد دو دسته علائم مفصلی و خارج مفصلی دارد.

علائم مفصلی آرتريت روماتوئيد

پلی‌آرتريت قرینه که دو نکته‌ی مهم دارد:

۱ کدوم مفاصل رو می‌گیره؟ مفاصل کوچک دست و پا و میچ دست و پا  
شایع‌ترین مفاصل درگیر در آرتريت روماتوئيد است. البته هر مفصل سینوویالی مثل ستون فقرات گردنی، شانه، آرنج، زانو، هیپ، تمپورومندیبولر و کریکواریتنوئيد هم می‌تونه درگیر بشه.

۲ آرتريت روماتوئيد مفاصل DIP دست و ساکروایلیاک را نمی‌گیرد.

مسح با چه علائمی همراه است؟

درد-التهابی، تورم، گرمی و محدودیت حرکت مفصل: درد التهابی مفاصل در آرتريت روماتوئيد با فعالیت بهتر و در استراحت و طول شب بدتر می‌شود.

درد مکانیکال مفصل (مثل استئوآرتريت) با فعالیت بدتر می‌شود.

خشکی صبحگاهی التهابی که بعد از استراحت طولانی ایجاد و با فعالیت بهتر میشه که معمولاً بیشتر از یک ساعت است.

خشکی صبحگاهی مکانیکال کمتر از ۳۰ دقیقه است و در استئوآرتريت دیده می‌شود.

هایپرتروفی سینوویال

دفورمیتی و درگیری مفاصل خاص

کیست بیکر در زانو

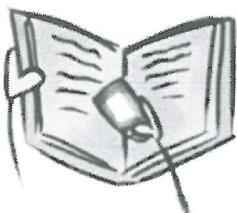
توسینوویت

دفورمیتی گردن قو (Swan-neck) و جادکمه‌ای (Boutonniere) در انگشتان

دست که شکل رو می‌بینی..

درس می‌خونم!

مثلاً..



دفورمیتی - Boutonniere

انحراف اولنار

دفورمیتی Swan-neck



سؤال	۱	۲	
پاسخ	ب	د	

دفورمیتی Z شکل که به دنبال انحراف اولنار در مفصل متاکارپوفالانژیال (MCP) و نیمه دررفتگی وولار و انحراف رادیال در همین مفصل و مچ دست ایجاد می‌شود.

نیمه دررفتگی مفصل آتلانتوآگزیکال (C1-C2) و فشار بر طناب نخاعی

سندرم کارپال تونل که باعث پارستزی دست و انگشتان می‌شود.

### علائم خارج مفصلی آرتریت روماتوئید

علائم عمومی مثل خستگی، تب خفیف، کاهش وزن و درد عضله (میالژی).

ندول‌های روماتوئیدی غیر دردناک در سطوح اکستانسور مثل آرنج و همینطور ریه، پلور، پریکارد، اسکلا، قلب و ...

عوارض چشمی مثل سندرم شوگرن ثانویه (کراتوکونژوکتیویت سیکا)، اسکلیت و اپی‌اسکلیت.

عوارض ریوی مثل پلورال افیوژن، پریکاردیت، بیماری بینایی ریه (ILD)، فیروز و خونریزی ریوی.

ویژگی‌های آنالیز مایع پلور در آرتریت روماتوئید چیه؟ قند پایین (کمتر از ۶۰ mg/dl)، پروتئین بالا و تیترا بالای فاکتور روماتوئید (بیشتر از ۱:۳۲۰) که بیشترین کمک را در افتراق از سایر علل پلورال افیوژن می‌کند.

واسکولیت که باعث مانند لوییدو رتیکولاریس و زخم پا و مونونوریت مولتی‌پلکس می‌شود. اما برخلاف لوپوس، مغز و کلیه را نمی‌گیرد.

عوارض خونی مثل ترومبوسیتوز، نوتروپنی، ترومبوز، آنمی و گاهی اسپلنومگالی. در این کیس بیمار دچار سندرم فلتی (felty) شده است که گاهی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دیده می‌شود. این سندرم با علائم اسپلنومگالی + لکوپنی + عفونت‌های مکرر ریوی مشخص می‌شود که با زخم پا همراهی دارد.

ریسک لنفوم یا بدخیمی‌های دیگر در RA بالاتر است.

### تشخیص آرتریت روماتوئید

اساس تشخیص آرتریت روماتوئید بالینی است و نیازی به تأیید تشخیص با آزمایش ندارد، ولی بررسی‌های زیر کمک‌کننده است:

۱- افزایش واکنش‌دهنده‌های فاز حاد مثل ESR و CRP که در افتراق RA از علل غیرالتهابی مثل استئوآرتریت و فیبرومیالژیا و همچنین ارزیابی فعالیت بیماری مفید است.

۲- افزایش تیترا فاکتور روماتوئید (RF) که حساسیت بالا و اختصاصیت پایین دارد. فاکتور روماتوئید می‌تواند در بیماری‌های دیگری مثل هیپاتیت (هیپاتیت‌های

۲- خانمی ۴۵ ساله با آرتریت در مفاصل مچ دست‌ها و انگشتان و زانواز ۸ ماه قبل همراه با خشکی صبحگاهی دو ساعته مراجعه نموده است. در آزمایشات ESR، CRP، RF مثبت و ANA منفی است. در معاینه ارگانومگالی ندارد. همه‌ی علائم زیر در ایشان انتظار می‌رود بجز؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵- قطب کرمانشاه)

الف) پلورال افیوژن

ب) اسکلیت

ج) ترومبوسیتوپنی

د) ندول زیر جلدی

۴- خانم ۶۸ ساله مورد آرتریت روماتوئید از ۱۵ سال پیش که با اسپلنومگالی و زخم ساق پا در بخش بستری می‌باشد. کدام‌یک از موارد زیر در همراهی علائم ایشان ممکن است دیده شود؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۹- مشترک کشوری)

الف) لکوپنی

ب) سردرد

ج) حساسیت به نور

د) هیپاتومگالی

۵- خانم ۴۳ ساله با پلی‌آرتریت انگشتان و مچ دست‌ها از ۶ ماه قبل، مراجعه کرده است. وی تحت درمان با پردنیزولون، هیدروکسی کلروکین و متوترکسات است. به منظور ارزیابی فعالیت بیماری، درخواست کدامیک از تست‌های زیر ارزش بیشتری دارد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵- قطب شیراز)

الف) ESR

ب) Anti-CCP

ج) RF

د) ANA

سؤال	۳	۴	۵
پاسخ	ج	الف	الف



۶ بیمار خانم ۳۵ ساله‌ایست که با شکایت درد و تورم مفاصل مچ دست‌ها مفاصل MCP و PIP در هر دو دست و مفاصل زانوها مراجعه نموده است که از ۳ ماه قبل شروع شده است. خشکی صبحگاهی بالاتر از ۱ ساعت دارد. در معاینه بجز آرتریت در مفاصل فوق مشکل دیگری ندارد. جهت تشخیص، کدامیک از آزمایشات زیر را درخواست می‌کنید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطب آزاد)

۱ رادیولوژی از هر دو دست

۲ MRI از مچ هر دو دست

۳ CANCA- PANCA

۴ Anti-CCP

۷ بیمار مبتلا به روماتوئید آرتریت که تحت درمان با پردنیزولون و متوترکسات است، به علت تب و لرز، بی‌حالی، لکوسیتوز و افزایش (ESR) مراجعه کرده است. در معاینه مفصل زانوی چپ متورم و گرم است، بقیه مفاصل آرتریت فعال ندارد. در مرحله بعد کدام اقدام را انجام نمی‌دهید؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطب همدان)

۱ اندازه‌گیری اسید اوریک

۲ آسپیراسیون مایع مفصل

۳ کشت خون

۴ افزایش دوز پردنیزولون

۸ خانم ۳۷ ساله‌ای با درد و تورم در مفاصل زانوها و مفاصل بین انگشتی پروگزیمال PIP هر دو دست از دو هفته پیش + خشکی صبحگاهی طولانی مدت تا ظهر / آزمایشات: AntiCCP حدود ۱۱۰۰ با نرمال ۵ دارد. کدامیک در تشخیص بیماری ایشان براساس کرایتیریا، کاربرد کم‌تری دارد؟ (پره‌انترنی خرداد ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

۱ تعداد مفاصل گرفتار

۲ طول مدت علائم

۳ طول مدت خشکی صبحگاهی بیمار

۴ تیتراژ آنتی CCP

ویروسی مزمن مانند C و B)، لوپوس، شوگرن، سارکوئیدوز، اندوکاردیت، بیماری‌های ریوی و حتی افراد سالم مثبت شود. تیتراژ RF ارتباطی با شدت بیماری ندارد، ولی معمولاً تیتراهای بالای آن با آرتریت آروزیو شدید و عوارض خارج مفصلی همراه است.

۳- Anti-ccp مثبت که در تشخیص آرتریت روماتوئید نسبت به RF اختصاصی‌تر است.

۴- ANA در بعضی موارد.

۵- آنالیز مستقیم مایع مفصلی (آرتروسنتز) معمولاً برای تشخیص آرتریت روماتوئید ضروری نیست و فقط در مواردی که بر خلاف انتظار ما فقط یک مفصل درگیر شود، برای رد عفونت و کریستالوپاتی استفاده می‌شود.

۶- اگر بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید، روی درمان، دچار مونوآرتریت شود، علاوه بر آنالیز و کشت مایع مفصلی، اندازه‌ی اسید اوریک مایع مفصلی و کشت خون هم لازم است.

۶- رادیوگرافی ساده که یافته‌های آن شامل موارد زیر است:

۱ استئوپنی اطراف مفصل

۲ تورم بافت نرم

۳ از بین رفتن فضای مفصلی و کاهش یکنواخت فضای مفصلی

۴ خوردگی و آروزیون غضروف مفصلی و استخوان‌های زیر آن

۷- MRI به علت تصویر بهتر از بافت نرم، بیشترین حساسیت را برای شناسایی سینوویت و افیوژن مفصل دارد. همچنین تغییرات استخوان و ادم مغز استخوان را در مراحل اولیه نشان می‌دهد.

۸- اولتراسونوگرافی خوردگی‌ها و همینطور سینوویت و افزایش واسکولاریته‌ی مفصل را که مشخصه‌ی التهاب است، نشان می‌دهد.

۹- کرایتیرای تشخیص RA

برای آرتریت روماتوئید یک کرایتیرای تشخیصی شامل چهار جزء داریم:

۱- فرم درگیری مفصلی که پلی‌آرتریت بیشترین ارزش را دارد و ارزش درگیری مفاصل کوچک بیشتر از مفاصل بزرگ است.

۲- سرولوژی (AntiCCP و RF)

۳- واکنش‌دهنده‌های فاز حاد (CRP و ESR)

۴- طول مدت علائم

سؤال	۶	۷	۸
پاسخ	د	د	ج

برای تشخیص قطعی آرتریت روماتوئید حداقل امتیاز ۶ از ۱۰ لازم است. جدول کرایتیا رو ببین:

۱	۱۰-۲ مفصل بزرگ	درگیری مفصلی
۲	۳-۱ مفصل کوچک	
۳	۱۰-۴ مفصل کوچک	
۵	بیشتر از ۱۰ مفصل بزرگ (حداقل ۱ مفصل کوچک)	
۰	منفی بودن RF و Anticcp	سرولوژی
۲	تیترا پایین RF یا Anticcp	
۳	تیترا بالای RF یا Anticcp	
۱	CRP یا ESR بالا	واکنش دهنده های فاز حاد
۱	بیشتر مساوی ۶ هفته	طول مدت علائم



برای مثال درگیری MCP های دو دست به همراه هر دو زانو؛ درگیری ۱۰ مفصل کوچک و دو مفصل بزرگ محسوب شده و امتیاز ۵ را از قسمت درگیری مفصل RA دریافت می کند.

### 🔍 تشخیص افتراقی های آرتریت روماتوئید

۱- آرتریت پسوریاتیک

۲- آرتریت وایرال

۳- آرتریت واکنشی

۴- بیماری های دیگری مثل شوگرن، SLE، نقرس و ...

### 🔍 درمان آرتریت روماتوئید

سه دسته دارویی برای کنترل RA استفاده می شوند: NSAID، گلوکوکورتیکوئیدها و DMARD (داروهای آنتی روماتیک تعدیل کننده بیماری) مثل اتانرسپت.

💎 NSAID ها فقط برای کاهش درد و تورم استفاده می شوند، تأثیری بر سیر بیماری ندارند و تقریباً هیچ وقت به تنهایی تجویز نمی شوند.

۱- تظاهرات بالینی کدام بیماری، ممکن است با آرتریت روماتوئید اشتباه شود؟ (پره انترنی شهریور ۹۷- قطب اصفهان)

الف) آرتریت پسوریاتیک

ب) اسپوندیلیت آنکیلوزان

ج) کرون

د) آرتریت راکتیو

۱۰- آقای ۵۰ ساله ای مبتلا به RA که از سه هفته قبل تحت درمان با پردنیزولون ۵ mg روزانه و قرص متوتروکسات ۱۵ mg در هفته می باشد، مراجعه نموده و از درد شدید مفاصل PIP علی رغم مصرف صحیح داروها شاکی است. کدام اقدام برای بیمار مناسب است؟ (پره انترنی شهریور ۹۷- قطب زنجان)

الف) افزایش دوز پردنیزولون

ب) شروع اینفلکسی ماب

ج) افزایش دوز متوتروکسات

د) جایگزینی متوتروکسات با لفلونوماید

سؤال	۹	۱۰		
پاسخ	الف	الف		



### 🔹 گلوکوکورتیکوئیدها (مثل پردنیزولون)

گلوکوکورتیکوئیدها در موارد حاد بیماری و همچنین برای کاهش آروزیون استفاده می‌شوند. معمولاً در کنار DMARDs تجویز می‌شوند که علائم بیماری را تا زمان اثر آن‌ها کنترل کند؛ پس اگر بیماری روی درمان DMARD مثل اتانرسپت همچنان درد داشت، دوز استروئید را بالا می‌بریم و زمانی که DMARD اثر کرد، کورتون را قطع می‌کنیم.

🔸 اگر علائم بیمار در یک یا دو مفصل شدت گرفت، تزریق داخل مفصلی کورتون گزینه‌ی مناسبی است.

🔹 DMARDs مؤثرترین داروها برای جلوگیری از پیشرفت و آروزیون مفصلی هستند که انواعشون رو پایین می‌بینیم:

🔸 **متوتروکسات (MTX)** خط اول درمان آرتریت روماتوئید است. عوارض جانبی آن شامل زخم دهان، تهوع، سمیت کبدی و پنومونیت است؛ در نتیجه هر ۲-۳ ماه باید CBC، Creat، AST، ALT، Alkp چک شوند.

🔸 **هیدروکسی کلروکین** و یا سولفاسالازین که با توجه به عارضه‌ی سمیت شیکه‌ی آن باید هر ۶ ماه یکبار تحت مشاوره چشم پزشکی قرار گیرند.

🔸 **DMARD های بیولوژیک** به تعدادیشون ضد TNF-α هستن مثل اتانرسپت، انفلیکسی‌ماب، آدالیموماب و آباتاسپت. از بقیه‌شون هم میشه آناکینارا، ریتوکسیماب و ... را نام برد که اغلب در موارد مقاوم به متوتروکسات تجویز میشن.

🔸 **داروهای ضد TNF-α** خطر عفونت و فعال شدن سل نهفته را بالا می‌برند. بنابراین قبل از تجویز این داروها، باید PPD و رادیوگرافی قفسه‌ی سینه‌ی بیمار چک شود. اگر حین درمان علائم سل (سرفه، خلط خونی و تب بیش از دو هفته) بروز کرد، باید رنگ آمیزی خلط برای AFB (باسیل اسید فاست) انجام شود.

🔸 **بهترین درمان برای بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید تازه تشخیص داده شده، ترکیب سه داروی متوتروکسات، استروئید و NSAID است.**

👉 اوه اوه برو برو سر تمرینی که وقشته!

🔸 خانم ۵۰ ساله‌ای مبتلا به آرتریت روماتوئید تحت درمان تک دارویی با متوتروکسات ۱۰ میلی گرم هفتگی است، از نظر عوارض درمان کدام بررسی دوره‌ای را تجویز می‌کنید؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷ - قطب کرمان و تهران)

🔸 ALT و CBC

🔸 معاینه‌ی چشم و پریمتری

🔸 P و Ca و K و NA

🔸 Cholesterol و FBS

🔸 خانم ۴۰ ساله مبتلا به آرتریت روماتوئید با شکایت از سرفه، خلط خونی و تب از دو هفته قبل مراجعه نموده است. وی از شش سال قبل تحت نظر روماتولوژیست بوده و به دلیل فعال بودن آرتریت، داروی اتانرسپت (Etanercept) از یک ماه قبل به رژیم درمانی ایشان اضافه شده است. در معاینه  $T=38.7^{\circ}\text{C}$ ، RR:30/min و کراکل در ریه‌ی راست به گوش می‌رسد. علاوه بر بستری کردن ایشان و شروع آنتی‌بیوتیک وریدی، کدام اقدام در اولویت است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳ - قطب شیراز)

🔸 پالس متیل پردنیزولون

🔸 هپارین وریدی

🔸 اکوکاردیوگرافی

🔸 رنگ آمیزی خلط برای AFB

سؤال	۱۱	۱۲	
پاسخ	الف	د	



عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
لوپوس و شوگرن	فیلی مهم	۹

لوپوس (SLE) بیماری اتوایمیون و مولتی سیستمیکی است که در خانم‌ها شایع‌تر است.

### تظاهرات بالینی لوپوس

قبل از اینکه دونه دونه بررسیش کنیم، یک کیس تیپیک لوپوس رو بهت می‌گم یاد بگیری:

خانم جوانی با شکایت اصلی ضعف و خستگی اومده، که در بررسی‌ها ممکنه زخم دهانی، تب و لنفادنوپاتی تا اختلالات شدیدتر مثل بیماری‌های کلیوی و نورولوژیک هم داشته باشه که می‌گه علائم سیر دوره‌ای دارن (مثل شعله اوج می‌گیرن و بعد آروم میشن).

علائم عمومی مثل ضعف و خستگی.

علائم پوستی مخاطی

زخم‌های دهانی دردناک یا بدون درد (معمولاً روی زبان و کام)

راش پروانه‌ای صورت یا مالار راش کلاسیک که چین نازولیبال (دور دهان) را نمی‌گیرد.

ضایعات دیسکوئیدی که باعث اسکار دائمی بدشکل و ریزش مو می‌شود.

حساسیت به نور

علائم اسکلتی عضلانی

آرترالژی و پلی‌آرتریت التهابی شایع‌ترین.

نکروز آواسکولار (AVN) خیلی ناشایع.

آرتریت لوپوسی غیر آروزیو است. آرتروپاتی جاکود در لوپوس باعث التهاب و دفورمیتی برگشت‌پذیر مفصل می‌شود.

علائم قلبی-ریوی

پریکاردیت و پلوریت بیشتر از ۶۰٪ مبتلایان به لوپوس علائم قلبی-ریوی

به صورت پریکاردیت و پلوریت دارند که با فریکشن راب مشخص می‌شود.

میوکاردیت اگر بیمار لوپوسی درگیری قلبی-تنفسی و تب داشت به

میوکاردیت شک کن.

افیوژن پلور و پریکارد که دارای گلوکوز پایین و اگزوداتیو است.

ضخیم شدن دریچه و اندوکاردیت غیر عفونی لیمن-ساکس در موارد

آنتی فسفولیپید مثبت.

سندرم ریه‌ی چروکیده

۱ خانم ۲۲ ساله با تب، زخم دهانی و دردهای

مفصلی از چندین ماه قبل همراه با راش پروانه‌ای

و پروتئینوری ۱۰۰۰ میلی گرم در ادرار ۲۴ ساعته

بستری می‌شود. همه‌ی مشکلات مفصلی زیر با

بیماری وی قابل توجه است، بجز: (پره‌انترنی

شهریور ۹۶- هشت قطب مشترک و پره‌انترنی

اسفند ۹۶- قطب کرمان)

ارزیون در رادیوگرافی مچ دست‌ها

نکروز آواسکولار هیپ

Jaccoud's arthropathy

پلی‌آرتریت التهابی

بزرگ‌ترین از ۳ پیکه می‌کنه



سؤال	۱
پاسخ	الف



### 🔍 علائم کلیوی (نفریت لوپوسی)

نفریت یکی از علل مرگ در بیماران مبتلا به لوپوس است. در لوپوس Anti dsDNA مثبت معادل نفریت لوپوسی است. اگر بیماری علاوه بر Anti dsDNA مثبت، سطح کمپلمان پایین داشت، احتمال درگیری کلیه بیشتر می‌شود.

🔍 علائم عصبی روانی مثل تشنج و سایکوز و علائمی مانند اضطراب، افسردگی، نوروپاتی حسی-حرکتی و ...

🔍 علائم خونی مثل لکوپنی، لنفوپنی و ترومبوسیتوپنی.

### 🔍 علائم عروقی

🔍 پدیده‌ی رینود در بیشتر از ۴۰٪ مبتلایان به لوپوس.

🔍 ترومبوز به علت سطح بالای آنتی فسفولیپید آنتی‌بادی و آنتی‌کاردیولیپین.

🔍 واسکولیت

🔍 علائم چشمی که شایع‌ترینش شوگرن (کراتوکونژکتیویت سیکا) است.

قبل از اینکه بریم سر وقت تشخیص، یه کوچولو لوپوس و بارداری و لوپوس دارویی رو بخون.

### 🔍 لوپوس و بارداری

خانم باردار مبتلا به لوپوس احتمال سقط بالایی داره پس سقط مکرر باید چراغ لوپوس رو تو ذهنت روشن کنه! در کل بارداری، لوپوس رو شعله‌ور می‌کنه. حالا ۳ تا سؤال طلایی رو جواب بده 📝

🔍 آنتی‌بادی لوپوس نوزادی چیه؟

🔍 Anti SSA (Anti-Ro)

🔍 Anti SSB (Anti-La)

🔍 علائمی عارضه‌ی این آنتی‌بادی‌های لوپوس نوزادی که از جفت رد میشن در نوزاد و مادر چیه؟ در نوزاد بلوک قلبی مادرزادی (CHB) و در مادر ترومبوز (DVT). در صورت مثبت شدن Anti SSA و Anti SSB، از هفته‌ی ۱۶ حاملگی باید مانیتورینگ قلب جنین به صورت سریال انجام شود.

🔍 در خانم مبتلا به لوپوس که قصد بارداری داره، کدوم آنتی‌بادی‌ها رو باید چک کنی؟  
🔍 آنتی‌بادی‌های لوپوس نوزادی

🔍 آنتی فسفولیپید آنتی‌بادی برای احتمال خطر سقط

🔍 این خانم مبتلا به لوپوس، چه زمانی بهتره باردار بشه؟ زمانی که حداقل ۶ ماه بیماری خاموش یا تحت کنترل باشد.

🔍 خانم ۳۲ ساله با سابقه‌ی لوپوس از ۳ سال قبل تحت‌درمان با پردنیزولون و هیدروکسی کلروکین است. در پیگیری اخیر بیمار، نتایج آزمایشات زیر بدست آمده است:

Hb:12, WBC:5600, PLT:186/000, Bun:22, Cr:1.2, U/A:3+Protein, RBC:8-10, WBC:10-12, U/C-  
کدامیک از آنتی‌بادی‌های زیر ارتباط بیشتری با درگیری کلیوی بیمار دارد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطب شیراز)

🔍 Anti-ccp

🔍 Anti-Histon Ab

🔍 Anti-dsDNA

🔍 Anti U1-RNP

🔍 خانم ۳۰ ساله‌ای با سابقه پنج ساله ابتلا به لوپوس قصد بارداری دارد. کدام‌یک از آنتی‌بادی‌های زیر لازم است بررسی شود؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۹- مشترک کشوری)

🔍 ANA

🔍 anti-centromere

🔍 anti-smith

🔍 anti-SSA

🔍 تمام توصیه‌های زیر را به خانم ۳۵ ساله مبتلا به لوپوس که تمایل به بارداری دارد، می‌کنید، بجز؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطب مشهد)  
🔍 بیماری باید از ۶ ماه قبل تصمیم به حاملگی کاملاً خاموش و کنترل باشد.

🔍 چک آنتی‌بادی‌های SSA/Ro و SSB/La قبل بارداری

🔍 چک APAs (آنتی فسفولیپید آنتی‌بادی‌ها) قبل حاملگی

🔍 در صورت سابقه‌ی بلوک قلبی جنینی در حاملگی‌های قبلی کنترا اندیکاسیون حاملگی مجدد دارد.

سؤال	۲	۳	۴
پاسخ	ج	د	د

### لوپوس دارویی

داروهایی مثل کاپتوپریل می‌توانند باعث ایجاد لوپوس دارویی شوند که بیشتر با علائم پوستی، مفصلی و سروزی همراهی دارند و تقریباً هیچ وقت کلیه و CNS را درگیر نمی‌کنند. **ل** تغییرات سرولوژیک لوپوس دارویی  $\hookrightarrow$  ۱- Anti dsDNA منفی، ۲- Anti Histone گاهی مثبت.

**ل** داروهایی که احتمال لوپوس دارویی دارند  $\hookrightarrow$  داروهای ضدآریمی (پروکائین آمید)، ضد فشارخون (مثل کاپتوپریل، بتابلاکر، هیدرالازین)، ضد تیروئید، ضد سایکوز (لیتیوم)، ضد تشنج (فنی توئین، کاربامازپین) و بعضی آنتی بیوتیک‌ها (ایزونیازید).

### کرایتریای تشخیصی لوپوس

برای زدن مارک لوپوس باید از ۱۱ مورد حداقل ۴ مورد به همراه ANA مثبت داشته باشیم:

۱- مالار راش

۲- ضایعات دیسکوئیدی  $\hookrightarrow$  اریتم برجسته و سکه مانند که پوسته‌ریزی و اسکار دارد.

۳- حساسیت پوستی در واکنش به نور آفتاب.

۴- زخم بدون درد دهانی یا نازوفارنکس.

۵- آرتریت نان‌اروزیو در دو یا چند مفصل.

۶- سروزیت  $\hookrightarrow$  پریکاردیت و پلوریت

۷- اختلال کلیوی به صورت پروتئینوری بیشتر از ۵ mg/day یا بیشتر از ۳+ یا کست‌های سلولی.

**ل** پس حتماً BUN، Cr، U/A رو چک کن.

**ل** بیوپسی مثبت از نظر نفریت لوپوسی همراه با ANA مثبت تشخیص

لوپوس را قطعی می‌کند. نفریت لوپوسی پنج کلاس دارد:

۱- Minimal mesangial

۲- Mesangial proliferative

۳- Focal

۴- Diffuse proliferative: بدترین پیش‌آگهی

۵- Membranous

۶- Advanced sclerosis

۸- اختلال خونی که سه حالت دارد:

$\hookrightarrow$  آنمی همولیتیک کومبس مثبت

$\hookrightarrow$  لوکوپنی کمتر از ۴۰۰۰ و یا لنفوپنی کمتر از ۱۵۰۰

$\hookrightarrow$  ترومبوسیتوپنی: بدون مواجهه با داروهای آسیب‌رسان به پلاکت.

۹- اختلال عصبی مثل تشنج یا سایکوز

۵- خانم ۵۴ ساله با سابقه‌ی فشارخون بالا و تشنج که تحت‌درمان می‌باشند با علائم سروزیت تب و مالار راش بررسی شدند و تشخیص لوپوس برای ایشان مطرح شد. کدامیک از داروهای زیر می‌تواند در ایجاد بیماری لوپوس دخیل باشد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- مشترک کشوری)

**ا** کاپتوپریل

**ب** آملودیپین

**ج** پرازوسین

**د** فوروزماید

۶- تمام موارد زیر جزء معیارهای تشخیص SLE می‌باشند، بجز: (پره‌انترنی شهریور ۹۴-

قطب شمال)

**ا** سایکوز

**ب** لکوستوز

**ج** آرتریت

**د** ترومبوسیتوپنی

۷- کدامیک از انواع پاتولوژی درگیری کلیه در بیمار مبتلا به لوپوس در صورت عدم درمان بدترین پروگنوز را دارد و منجر به نارسایی کلیه می‌شود؟ (پره‌انترنی میان‌دوره‌ی اردیبهشت ۹۶- قطب اصفهان)

**ا** Diffuse Proliferative Glomerulonephritis

**ب** Focal Segmental Proliferative Glomerulone-

phritis

**ج** Membranous Glomerulonephritis

**د** Minimal change disease

سؤال	۵	۶	۷
پاسخ	الف	ب	الف

۸ خانم جوان / آرتریت در مچ دست و انگشتان / در معاینه: وجود ضایعات اریتماتو روی گونه‌ها و بینی، زخم‌های داخل بینی و دهان، ریزش موی شدید / در آزمایشات: پروتئینوری حدود ۱۸۰۰ میلی‌گرم در ۲۴ ساعت و پلاکت ۹۱۰۰۰ / برای تشخیص بیماری کدامیک کمک کننده است؟ (پره‌انترنی خرداد ۹۸ - میان‌دوره‌ی کشوری)

Anti CCP

PANCA

Anti dsDNA

CANCA

۱۰ اختلال ایمنی به صورت مثبت شدن یکی از اتو آنتی‌بادی‌های زیر:

Anti dsDNA

Anti Smith

آنتی‌بادی آنتی فسفولیپید مثل آنتی کاردیولیپین، آنتی کوآگولان لوپوسی و یا VRDL (تست سفلیس) مثبت کاذب برای ۶ ماه در نبود ترپونما پالیدوم.

اختصاصی‌ترین آنتی‌بادی‌ها برای لوپوس چنان؟

Anti dsDNA

Anti Smith

Anti dsDNA میزان فعالیت بیماری و همین‌طور درگیری کلیه را می‌تواند

نشان دهد.

۹ خانمی ۲۴ ساله با راش پروانه‌ای صورت، زخم دهانی و پلی‌آرتریت از دو ماه قبل مراجعه کرده‌اند. در آزمایشات: WBC= 3600 /mm<sup>3</sup>, PLT= 110000/mm<sup>3</sup> و آنالیز ادرار نرمال است. برای تشخیص بیماری بر مورد الگوی مثبت شدن ANA در ایمونوفلورسنس کدامیک از موارد زیر اختصاصی‌تر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶ - قطب مشهد)

peripheral یا Rim

Speckled

nucleolar

homogenous

۱۱ ANA مثبت: در مورد ANA (آنتی‌بادی ضد هسته‌ای) باید نکات

زیر رو بدونی

ANA در لوپوس دارویی به صورت کاذب مثبت می‌شه.

ANA با الگوی (Peripheral) Rim برای لوپوس حساسیت فیلی بالایی داره.

تیتراژ مثبت ANA در لوپوس ۱/۱۶۰ است.



۱۱ بیمار خانم ۲۵ ساله با شکایت زخم‌های دهانی بدون درد و آرتریت مچ دست مراجعه کرده است. در آزمایشات انجام شده ANA=+, PLT=70000, WBC=4500, Anti SM=+ دارد. بیمار چند معیار تشخیصی لوپوس را دارد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطب مشهد)

۵ معیار

۴ معیار

۳ معیار

۶ معیار

خب حالا که باید و نبایدهای تشخیص لوپوس رو یاد گرفتیم، بیا معیارهای این دختر خانم رو بشمریم:

۱- زخم دهانی بدون درد، ۲- ANA مثبت، ۳- Anti Sm مثبت، ۴- ترومبوسیتوپنی زیر صد هزار. پس ب شد. دقت کن که آرتریتش چون یک مفصل رو گرفته، کرایتیرا رو پُر نمی‌کنه.

درمان لوپوس

درمان لوپوس در جهت کنترل علائم بیماری است. نکات زیر در پیشگیری از

بروز علائم و عوارض مهم است:

۱- محافظت از نور آفتاب با ضد آفتاب و ...

۲- پیشگیری از پدیده‌ی رینود با لباس گرم و ...

۳- توصیه به عدم مصرف OCP

۴- واکسیناسیون علیه آنفولانزا و پنوموکوک و ...

سؤال	۸	۹	۱۰
پاسخ	ج	ب	ب

### درمان دارویی لوپوس

۱- NSAID برای آرتريت لوپوسی خفیف.

۲- گلوکوکورتیکوئید تقریباً برای تمام علائم لوپوس.

۳- داروهای ضد مالاریا مثل هیدروکسی کلروکین درمان استاندارد لوپوس که به خصوص برای تب و آرتريت خفیف و تظاهرات پوستی مخاطی مناسب است.   
 ⚠️ در تجویز هیدروکسی کلروکین با توجه به عارضه‌ی مسمومیت شبکیه، معاینه‌ی سالیانه‌ی چشم ضروری است.

۴- داروهای سائتوتوکسیک مثل آزاتیوپرین و متوتروکسات در موارد عدم پاسخ به گلوکوکورتیکوئید یا نیاز به کاهش دوز گلوکوکورتیکوئید کمک می‌کند. متوتروکسات در آرتريت التهابی لوپوس مفید است.   
 ⚠️ آزاتیوپرین برای نفريت لوپوسی در دوران بارداری مفید است ولی متوتروکسات در بارداری ممنوع است.

۵- مایکوفنولات موفتیل برای نفريت لوپوسی و جلوگیری از پس زدن کلیه مفید است.   
 ۶- سیکلوفسفامید به علت عوارض شدید با وجود تأثیر زیاد فقط در علائم خیلی پیشرفته‌ی لوپوس تجویز می‌شود.

۷- Belimumab و Rituximab داروهای بیولوژیکی هستند که باعث کاهش سلول‌های B می‌شوند. ریتوکسی‌ماب در لوپوس مقاوم به درمان، علائم خونی و نفريت لوپوسی کاربرد دارد.

### سندرم شوگرن

شوگرن یک اختلال اتوایمیون مزمن است که موجب خشکی چشم (کراتوکونژکتیویت سیکا) و دهان (گزروستومی) می‌شود. وجود اتوآنتی بادی‌های anti-RO/SSA یا anti-La/SSB یا هر دو به نفع تشخیص شوگرن است. این بیماران در معرض ابتلا به لنفوم قرار دارند. ریسک فاکتورهای بروز لنفوم به خصوص نوع B cell در شوگرن عبارتند از:

۱- واسکولیت جلدی

۲- نوروپاتی محیطی

۳- داشتن فاکتور روماتوئید

۴- کرایوگلوبولینمیا

۵- کمبود کمپلمان

۶- بروز توده‌ی جدید با علائم سرشتی

۷- تداوم لنفادنوپاتی

📌 بیلینگی برو سر تست تمرینی.

۱۱ کدامیک از داروهای زیر در درمان لوپوس اریتماتوز سیستمیک بدون عارضه از اهمیت بیشتری برخوردار است؟ (پره‌انترنی میان‌دوره‌ی اردیبهشت ۹۷)

الف هیدروکسی کلروکین

ب سولفاسالازین

ج متوترکسات

د آزاتیوپرین

۱۲ خانم ۲۵ ساله‌ای مبتلا به آرتريت ناشی از SLE در ماه چهارم بارداری است. در این بیمار کدام دارو منع مصرف دارد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطب زنجان)

الف هیدروکسی کلروکین

ب پردنیزولون

ج متوترکسات

د آزاتیوپرین

۱۳ کدامیک از موارد زیر فاکتور خطر و یا پیش‌بینی کننده لنفوم در شوگرن نیست؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میاندوره‌ی کشوری)

الف تداوم بزرگی پاروتید

ب تیر بالای anti Ro

ج کاهش تیر C۳

د کرایوگلوبولینمی

سؤال	۱۱	۱۲	۱۳	
پاسخ	الف	ج	ب	

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
سندرم آنتی‌بادی آنتی‌فسفولیپید (APS)	غیر مهم	۰

### علائم بالینی APS

علائم و عوارض سندرم آنتی‌فسفولیپید بیشتر مربوط به ترومبوز وریدی و شریانی و عوارض آن در بارداری است.

ترومبوز شریانی و وریدی که شایع‌ترین محل ترومبوز شریانی در CNS و ترومبوز وریدی در اندام تحتانی است. ممکن است پارزی دست و پا دیده شود.

### آمبولی ریوی

لویدور تیکولاریس و ترومبوفلیت اندام؛ لویدور تیکولاریس به شکل ضایعات پوستی رتیکولار به رنگ آبی یا بنفش در ساق پا و ... دیده می‌شود. عوارض حاملگی سقط مکرر (به خصوص بعد از هفته ۱۰)، نارسایی جنین، پره‌اکلامپسی و اکلامپسی.

ضخیم شدن دریچه قلبی (اندوکاردیت لیمن ساکس)

نارسایی کلیوی و گاهی کبدی

ترومبوسیتوپنی

انفارکت بستر ناخن، نکروز و گانگرن

آنمی همولیتیک

### تشخیص APS

برای زدن آنگ APS باید همزمان حداقل یک معیار آزمایشگاهی مثبت (در حداقل دو آزمایش با فاصله ۱۲ هفته) + یک معیار بالینی داشته باشیم.

معیارهای آزمایشگاهی

لوپوس آنتی‌کوآگولان (LAC)

آنتی‌کاردیولپین

آنتی‌بادی ضد بتا دو گلیکوپروتئین I (Anti  $\beta 2$ -GPI)

معیارهای بالینی

ترومبوز شریانی یا وریدی در هر ارگان یا بافت که به وسیله تصویربرداری

یا سایر روش‌ها اثبات شود.

عوارض حاملگی

شایع‌ترین محل ترومبوز شریانی در سندرم آنتی‌فسفولیپید کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطب اصفهان)

کلیه

مغز

عروق کرونر

آنورت

خانم ۲۵ ساله مجرد به دلیل ضایعات پوستی به شما مراجعه نموده است. در تاریخچه سابقه‌ی هیچ مشکلی را نداشته و در حال حاضر دارویی مصرف نمی‌کند. در معاینه Livedo Reticularis روی هر دو دست، ساعد و ساق هر دو پا مشاهده می‌نمایید. در بررسی‌های به عمل آمده:

Hb:12.5, WBC:5500, Plt.:65000, ESR:25, CRP:Neg

ANA:Neg, U/A: NI, Anti- $\beta 2$ , GPI: 30 (normal: < 20)

کدامیک از تشخیص‌های زیر محتمل‌تر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطب شیراز)

لوپوس سیستمیک اریتماتو

سندرم شوگرن

سندرم آنتی‌فسفولیپید آنتی‌بادی

سندرم اوانس (Evans)

بر اساس معیارهای طبقه‌بندی سندرم آنتی‌فسفولیپید در کدامیک از موارد زیر تشخیص قطعی است؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۷- میاندوره‌ی کشوری)

سابقه‌ی یک بار ترومبوفلیت + وجود ضد انعقاد لوپوسی یکبار

سابقه‌ی سه بار سقط قبل از هفته‌ی ۱۰ +

آنتی‌بادی ضد کاردیولپین با تیترا بالا یکبار

سابقه‌ی یک بار زایمان زودرس بعثت اکلامپسی در

۳۱ هفته‌ی + آنتی‌بادی ضد بتادو گلیکوپروتئین ۱ یکبار

سابقه‌ی یکبار ترومبوز شریانی + وجود ضد

انعقاد لوپوسی دو بار به فاصله‌ی ۱۳ هفته

سؤال	۱	۲	۳
پاسخ	ب	ج	د



۴ خانم ۲۵ ساله‌ای با سابقه یک بار مرده‌زایی، در هفته‌ی ۱۲ بارداری به دلیل قصد حاملگی مجدد جهت مشاوره ارجاع شده است. آنتی‌بادی ضد آنتی‌کاردیولپین در چند نوبت جداگانه و به فواصل چند ماه مثبت بوده است. کدام گزینه انتخاب مناسب برای دوران بارداری است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطب اصفهان)

الف) پردنیزولون + هپارین

ب) هپارین + آسپرین

ج) هپارین + آسپرین + پردنیزولون

د) پردنیزولون + آسپرین

✎ حداقل سه مورد سقط خودبخودی جنین قبل از هفته ۱۰

✎ حداقل یک مرگ جنین نرمال در هفته ۱۰ بارداری یا بعد از آن

✎ حداقل یک تولد نوزاد نارس قبل از هفته ۳۴

#### 📌 درمان APS

همونطور که احتمالاً حدس زدی، درمان سندرم آنتی‌فسفولیپید در جهت کاهش ترومبوز، انعقاد و عوارضش در حاملگیه؛ در نتیجه:

❖ درمان مناسب در فرد با سابقه‌ی سقط مکرر و با قصد بارداری ☞ هپارین + آسپرین با دوز کم.

❖ درمان مناسب در فرد علامت‌دار ☞ وارفارین تا پایان عمر (با حفظ INR بین ۲-۳)، هپارین (در موارد عدم پاسخ به وارفارین و بارداری)، کورتیکواستروئید و داروهای سرکوب‌گر ایمنی در موارد مقاوم.

❖ هیدروکسی کلروکین برای کاهش احتمال ترومبوز بعدی.

👉 تست تمرینی منتظر ته.

همان لفظه بود که عاشقش شدم، قسم می‌خورم!

با این همه فوب می‌دائم اگر در دانشکده‌ی دیگری درس می‌خواندم، عاشق کس دیگری می‌شدم!

یا اگر دویست سال قبل به دنیا آمده بودم، با همین توان و رغبت، عاشق زنی دیگر با اسمی دیگر.... مه لقا مثلاً!

فردم را این طور قانع کرده‌ام که افسانه تنها یکی از آن هزاران معشوقه‌های بالقوه‌ای بود که می‌توانستم به آن‌ها عشق بورزم...

دلیل روشنی ندارم اما فکر می‌کنم بین این افسانه‌ها باید چیزهای مشترکی باشد، دقیقاً نمی‌دانم چه چیزهایی، شاید شباهت انگشتانشان!

افسانه هم همینطور، او هم از میان هزاران امکان، از میان هزاران ابراهیم، من را انتخاب کرد....

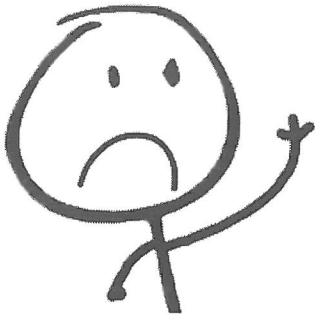
این یکی از آن هزاران چیزهای عوفی دنیا است که من هرگز نفواهم فهمید، هرگز....

# مصطفی مستور

سؤال	۴			
پاسخ	ب			

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون های کشوری
اسکلرودرمی	مهم	۲

## صدامو داری؟؟



اسکلرودرمی نوعی واسکولوپاتی است که دو نوع لوکال و سیستمیک دارد؛ نوع لوکال فقط پوست را می گیرد و به احشای دیگر کاری ندارد. اسکلرودرمی سیستمیک بر اساس درگیری پوستی به دو دسته تقسیم می شود:

**Limited (محدود)** درگیری پوست نواحی صورت و دیستال اندامها (پایین آرنج یا پایین زانو).

**Diffuse (منتشر)** درگیری پوست صورت و نواحی دیستال مانند نوع محدود و پروگزیمال (مثل ناحیه ی فوقانی بازو، ران ها و تنه).

لاله در فرم نادر  $\text{sin-scleroderma}$  ضخیم شدگی پوستی وجود ندارد و فقط چند تظاهر تبیک اسکلرودرمی مثل تلانژکتازی، رینود یا فیبروز ریه دیده می شود.

### تظاهرات اسکلرودرمی

- ۱- علائم پوستی در اسکلرودرمی شامل ضخیم شدن و کلسینوز (رسوب کلسیم در بافت عمقی) پوستی و آکرواستئولیز (خوردگی استخوان بند انتهایی انگشت) است.
- ۲- درگیری عروق محیطی در اسکلرودرمی شامل پدیده ی رینود و تلانژکتازی است.
- تلانژکتازی (اتساع عروقی) و عروق نامنظم در بستر ناخن، لبها، صورت، نوک انگشتان و مخاط دهانی قابل مشاهده است.
- پدیده ی رینود شایع ترین تظاهر اسکلرودرمی است که با تغییر رنگ پوست نسبت به سرما مشخص می شود؛ این تغییر رنگ در سه مرحله و به ترتیب سفید و رنگ پریده (pallor)، آبی (سیانوتیک به علت وازواسپاسم) و قرمز (پر خونی واکنشی) ایجاد می شود. رینود ممکن است از یک یا دو انگشت شروع شود و به مرور تمام انگشتان را درگیر کند.
- لاله با کمک کاپیلروسکوپی می توان تغییرات عروقی را بررسی کرد.

### درمان رینود

بلوک کننده های کانال کلسیمی (CCB) مثل نیفدیپین و آملودیپین، می توانند پدیده ی رینود را کنترل کند. علاوه بر این داروی بوستنتان (Bosentan) و نیتروگلیسرین موضعی از تشکیل زخم های جدید جلوگیری می کند.

۱ خانم ۴۵ ساله ای با شرح حال از تغییر رنگ انگشتان دست در مواجهه با سرما و تورم اخیر دستها مراجعه کرده اند. در بررسی اولیه ریه، قلب، کبد و تیروئید نرمال است. کدام اقدام زیر در جهت تشخیص کمک کننده می باشد؟ (پره انترنی اسفند ۹۶- قطب تبریز)

کاپیلروسکوپی

HRCT ریه

آنژیوگرافی عروق دست

MRI دست

۲ در بیمار مبتلا به اسکلرودرمی، تجویز کدام دارو خطر پیدایش زخم های جدید انگشتان را کاهش می دهد؟ (پره انترنی شهریور ۹۴- قطب اصفهان)

نیفدیپین

کاپتوپریل

لوزارتان

بوستنتان

سؤال	۱	۲		
پاسخ	الف	د		

### پاسخ ۲- افتراق رینود اولیه از ثانویه (بیماری رینود)

رینود ثانویه که ما تا الان در موردش صحبت می کردیم (مثلاً ناشی از اسکلوئودرمی) چند ویژگی دارد که در رینود اولیه دیده نمیشه:

- ✎ ANA مثبت
- ✎ اولسر و نکروز نوک انگشتان
- ✎ وقوع در سن بالای ۳۰ سال
- ✎ تلائزکتازی مویرگ های قاعده ناخن
- ✎ سابقه ی خانوادگی منفی

### ۲ خانم ۲۰yr / رنگ پریدگی انگشتان دست ها

در تماس با هوای سرد / دارای اسکار فرورفته در نوک تعدادی از انگشتان / در کاپیلاروسکوپی؛ اشباع عروق مویرگی قاعده ی ناخن ها / کدام مورد در این بیمار در افتراق رینود اولیه از ثانویه کمک نمی کند؟ (پره انترنی اسفند ۹۶- قطب شیراز)

- ✎ سن بیمار
- ✎ اسکار نوک انگشتان
- ✎ ANA مثبت
- ✎ اتساع عروق قاعده ی ناخن

### پاسخ ۳- درگیری ریه

بیماری بینایی ریه (ILD) و پولمونری هایپرتانسیون شایع ترین تظاهر ریوی اسکلوئودرمی هستند که ویژگی های هر کدام را می بینیم:

- ✎ بیماری بینایی ریه (ILD)
- ✎ سرفه های خشک و تنگی نفس تدریجی
- ✎ کاهش FVC در اسپرومتری
- ✎ درگیری اینترستیشیوم ریه در CXR
- ✎ فیبروز ریوی در HRCT
- ✎ Anti-Scl 70 مثبت که خطر ILD را بیشتر می کند؛ بنابراین در اسکلوئودرمی (به خصوص فرم منتشر) حتماً این آنتی بادی رو چک می کنیم.

### ✎ پولمونری هایپرتانسیون (PAH)

- ✎ تنگی نفس و ادم اندام تحتانی
- ✎ FVC نرمال
- ✎ کاهش DLCO
- ✎ ضخیم شدگی لایه ی اینتیمای شریان پولمونری
- ✎ آنتی بادی Anti Centromer مثبت که خطر PAH را بالا می برد و در اسکلوئوز سیستمیک (فرم limited) بیشتر دیده می شود.
- ✎ پس این مریض رو به عنوان کیس تیپیک اسکلوئوز سیستمیک اونم از نوع محدود یاد بگیر.

### ۴ خانم ۲۶ ساله با سابقه رینود از ۴ سال قبل به

دلیل تنگی نفس مراجعه کرده است. سفتی پوست انگشتان و دست ها تا آرنج و پوست صورت دارد. در نواحی نوک انگشتان اولسر Pitting وجود دارد. در اکوکاردیوگرافی افزایش فشارخون ریوی گزارش شده است. عکس ریه طبیعی است. در آزمایشات ANA مثبت است. کدام بیماری مطرح است؟ (پره انترنی شهریور ۹۹- مشترک کشوری)

- ✎ Morphea
- ✎ Scleroderma
- ✎ Systemic Sclerosis
- ✎ Scleromyxedema

سؤال	۳	۴		
پاسخ	الف	ج		



۵ خانم ۴۵ ساله با سابقه‌ی رینود و سفتی پوست منتشر از سه سال قبل با شکایت تنگی نفس به درمانگاه مراجعه کرده است. در بررسی تنگی نفس کدام اقدام زیر کمک کمتری می‌کند؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطب اصفهان)

- ا اسپرومتری
- ب اکوکاردیوگرافی
- ج کاپیلوروسکپی
- د سی‌تی‌اسکن ریه

۶ پس برای بررسی ریوی در بیمار مبتلا به اسکلرودرمی چه مواردی را درخواست می‌کنیم؟

- ۱- اسپرومتری
- ۲- CT-scan ریه

۳- آنتی‌بادی‌های Anti-Scl 70 و آنتی‌سانترومر در درمان بیماری بینابینی ریه (ILD) داروی‌های میکوفنولات موفتیل (کم کردن سرعت کاهش عملکرد ریه) و سیکلوفسفاماید (عوارض بیشتر) و در نهایت پیوند ریه موثر است.

۶ خانم ۳۴ ساله با سابقه‌ی اسکلرودرمی منتشر از یکسال قبل و فریکشن راب تاندونی قابل لمس و فشار خون بالا مراجعه کرده است. در آزمایشات بیمار پروتئینوری و هم‌اچوری وجود دارد.

LDH=1120, Hb=7.5, Cr=2/2, PLT=55000, Retic Count=8%

برای بیمار فوق چه تشخیصی مطرح می‌شود؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطب مشهد)

- ا گلوMERولونفریت سریع‌آ پیشرونده (RPGN)
- ب آنمی همولیتیک
- ج پورپورای ترومبوتیک ترومبوسیتوپنیک (TTP)
- د کریز کلیوی اسکلرودرمی

۴- بحران کلیوی اسکلرودرمی تقریباً فقط در اسکلرودرمی منتشر دیده شده و با افزایش ناگهانی فشار خون و نارسایی کلیوی پیش‌رونده مشخص می‌شود و با افزایش کراتینین سرم، پروتئینوری، هم‌اچوری، الیگوری و گاهی آنمی همولیتیک میکروآنژیوپاتیک و ترومبوسیتوپنی همراه است. آنتی‌بادی Anti-RNA polymerase III خطر کریز کلیوی را افزایش می‌دهد.

اللله به غیر از موارد بالا چیا ما رو به کریز کلیوی مشکوک می‌کنه؟

وجود صدای مالشی تاندون یا friction rub

کریز کلیوی که بیشتر در مراحل اولیه بیماری (اولین سال‌ها) ایجاد میشه.

وجود آنمی جدید یا علائمی مثل سردرد، پریکاردیال افیوژن، CHF

۷ خانم ۴۰ ساله با سابقه‌ی اسکلرودرمی با فشار خون ۱۵۰/۹۰ میلی‌متر جیوه مراجعه کرده است. کدامیک از موارد زیر جهت درمان، منع مصرف دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطب اهواز)

- ا کاپتوپریل
- ب متورال
- ج آمیلودیپین
- د لوزارتان

### ۵- درمان کریز کلیوی

حتماً بیمار رو بستری کن و براش یک داروی ACE-I (مثل کاپتوپریل) شروع کن؛ البته آنتاگونیست رسپتور آنژیوتانسین یا ARB (مثل لوزارتان) هم میشه داد. هدف درمانی، فشار کم‌تر از ۱۲۵/۷۵ است.

اللله یادت باشه بتابلو کرها (مثل متورال) در کریز کلیوی کنتراندیکاسیون نسبی دارند.

۵- تظاهرات گوارشی اسکلرودرمی میتونه از دهان تا رکتوم رو شامل بشه مثل دیسفاژی، رفلاکس، نفخ، اسهال، انسداد کاذب، پرفوریشن، یبوست، دیورتیکول با دهانه‌ی گشاد در روده (بطری شکل)، پرولاپس رکتوم، شل شدن اسفنکتر داخلی و بی‌اختیاری مدفوع.

۶- تظاهرات قلبی مثل میوکاردیت و پریکاردیت، فیبروز میوکارد و فیبروز سیستم هدایتی که باعث آریتمی می‌شود.

سؤال	۵	۶	۷
پاسخ	ج	د	ب

## ۷- تظاهرات اسکلتی عضلانی

فیروز تاندون‌ها و ایجاد صدای مالشی تاندون (friction rub) که در فرم اسکروز سیستمیک خیلی شایع است.

آتروفی و فیروز عضلات اسکلتی (مشابه پلی‌میوزیت)

ضعف عضلانی غیرپیشرونده

فیروز سینوویوم و گاهی آرتروپاتی تخریبی

آخر کاری بیا بهت تفاوت‌های اسکروزدرمی محدود و منتشر رو بگم:

ویژگی‌های اسکروزدرمی محدود (limited)

سندرم CREST شامل کلسینوز، رینود، ازوفاگوس (مری) و اختلالات آن، اسکروداکتیلی (سفتی پوست انگشتان) و تلانژکتازی.

پولمونری هایپرنتشن و Anti centromere AB هم در فرم محدود شایع ترند.

ویژگی‌های اسکروزدرمی منتشر (Diffuse)

صدای مالشی تاندون یا friction rub

درگیری کلیه، پارانشیم ریه (ILD)، قلب و روده

آنتی بادی‌های Anti SCL 70 و Anti-RNA polymerase III

جمع‌بندی آنتی‌بادی‌های مهم تو اسکروزدرمی هم پایین ببین

Anti centromere AB افزایش خطر PAH و در فرم محدود شایع تر

Anti SCL70 افزایش خطر بیماری بینایی ریه (ILD) و در فرم منتشر شایع تر

Anti-RNA polymerase III افزایش خطر کریز کلیوی و در فرم منتشر شایع تر



خدایا!

این امتحان رو پاس کن!  
قول میدم از اینترنی رگه بخورم



عزیزم دووم بیا، تو میتونی... تست تمرینی یادت نره!

من بسیار به شانس و اقبال عقیده دارم!

و متوجه شده‌ام هر چه بیش‌تر پشتکار و تلاش کنم

بیش‌تر شانس می‌آورم!

# استفان لیکاک

سؤال	۸			
پاسخ	د			



عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها	فیلی مهم	۸

📌 اسپوندیلوآرتروپاتی شامل پنج دسته بیماری است:

- ۱- اسپوندیلیت انکیلوزان
  - ۲- آرتریت واکنشی (سندرم رایت)
  - ۳- آرتروپاتی پسوریاتیک
  - ۴- آرتروپاتی انتروپاتیک
  - ۵- اسپوندیلوآرتروپاتی تمایز نیافته
- این اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها یک سری ویژگی‌های مشترک و مهم دارند:
- ❖ ANA و RF منفی ❖ که به همین دلیل بهشون اسپوندیلوآرتروپاتی سرنگاتیو میگن.
  - ❖ HLA-B27 مثبت ❖ به خصوص در اسپوندیلیت آنکیلوزان و آرتریت واکنشی که منفی شدن آن رد کننده نیست.
  - ❖ آرتریت مفاصل محوری مثل ساکروایلئیت و اسپوندیلیت؛ پس مهم‌ترین علامت بیمار، درد کمر و گردن التهابی است که در استراحت شروع شده، با فعالیت بهتر می‌شود و با خشکی صبحگاهی بیشتر از نیم تا یک ساعت همراهی دارد.
  - ❖ آرتریت مفاصل محیطی ❖ الیگوآرتрит غیر قرینه به خصوص در اندام تحتانی، پس دال غلطه.
  - 🔗 مزمن شدن آرتریت با HLA-B27 مرتبط است.
  - ❖ انتزیت ❖ التهاب محل اتصال تاندون و ... به استخوان مثل تندرینس و درد در تاندون آشیل، آپونوروز کف پا، زوائد خاری مهره‌ها، محل اتصال دنده به استرنوم.
  - ❖ داکتیلیت ❖ التهاب و تورم انگشتان (انگشت سوسیسی).

- ۱- اسپوندیلیت انکیلوزان
- ۲- آرتریت واکنشی (سندرم رایت)
- ۳- آرتروپاتی پسوریاتیک
- ۴- آرتروپاتی انتروپاتیک
- ۵- اسپوندیلوآرتروپاتی تمایز نیافته

این اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها یک سری ویژگی‌های مشترک و مهم دارند:

❖ ANA و RF منفی ❖ که به همین دلیل بهشون اسپوندیلوآرتروپاتی سرنگاتیو میگن.

❖ HLA-B27 مثبت ❖ به خصوص در اسپوندیلیت آنکیلوزان و آرتریت واکنشی که منفی شدن آن رد کننده نیست.

❖ آرتریت مفاصل محوری مثل ساکروایلئیت و اسپوندیلیت؛ پس مهم‌ترین علامت بیمار، درد کمر و گردن التهابی است که در استراحت شروع شده، با فعالیت بهتر می‌شود و با خشکی صبحگاهی بیشتر از نیم تا یک ساعت همراهی دارد.

❖ آرتریت مفاصل محیطی ❖ الیگوآرتريت غير قرينه به خصوص در اندام تحتانی، پس دال غلطه.

🔗 مزمن شدن آرتریت با HLA-B27 مرتبط است.

❖ انتزیت ❖ التهاب محل اتصال تاندون و ... به استخوان مثل تندرینس و درد در تاندون آشیل، آپونوروز کف پا، زوائد خاری مهره‌ها، محل اتصال دنده به استرنوم.

❖ داکتیلیت ❖ التهاب و تورم انگشتان (انگشت سوسیسی).

📌 یوئیت قدامی ❖ به صورت حمله‌ای به خصوص در موارد HLA-B27 مثبت بروز می‌کند که اغلب حاد، یک طرفه و همراه با درد، فتوفوبی، قرمزی و تاری دید است و در موارد شدید باعث نابینایی می‌شود.

- ۲- در مورد یوئیت در بیماری اسپوندیلیت انکیلوزان کدام مورد غلط است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷ - قطب همدان)
- ❖ اغلب دو طرفه است.
- ❖ می‌تواند دردناک باشد.
- ❖ منجر به تاری دید می‌شود.
- ❖ در صورت عدم درمان می‌تواند منجر به نابینایی شود.

سؤال	۱	۲
پاسخ	د	الف

❖ آنورتیت التهاب آئورت صعودی که می‌تواند باعث دایسکشن آئورت و نارسایی دریچه‌ی آئورت شود. آریتمی هم از عوارض اسپوندیلوآرتروپاتی است. پریکاردیت و میوکاردیت با اسپوندیلوآرتروپاتی ارتباط ندارند.

۱ در اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها، کدام درگیری قلب کمتر رخ می‌دهد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴- قطب اصفهان)

۱ آریتمی

۲ دایسکشن آئورت

۳ پریکاردیت

۴ نارسایی دریچه‌ی آئورت

❖ فیبروز ریه به خصوص بخش فوقانی

❖ هر کدام از این علائم به خصوص کمردرد التهابی و انتزیت رو دیدی یک گرافی لگن بگیر که ساکروایلئیت رو رد یا تأیید کنی، اگر نرمال بود ولی همچنان شک داشتی، از MRI کمک بگیر.

❖ اولین درگیری‌های مفصلی در اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها، ساکروایلئیت و اسپوندیلیت است که به ترتیب ستون فقرات لومبار، گردنی و در آخر توراسیک را می‌گیرد.

۱ مرد جوان دچار الیگوآرتريت اندام تحتانی به صورت غیر قرینه از یک ماه قبل مراجعه کرده است. در معاینه علاوه بر آرتريت، التهاب و تندرنس در تاندون آشیل راست و داکتیلیت در انگشت دوم پای چپ مشاهده می‌شود. مناسب‌ترین اقدام تشخیصی کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴- قطب کرمان)

۱ درخواست FANA

۲ رادیوگرافی Sacroiliac

۳ رادیوگرافی از Foot

۴ درخواست HLAB27

❖ تغییرات استخوانی در اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها چجوریه؟

۱- استخوانی شدن دیسک بین مهره‌ای

۲- سین‌دسموفیت و ایجاد پل استخوانی بین دو مهره، فیوژن مهره‌ای و ایجاد نمای بامبو (bamboo sign)

۳- اسکروز و مربعی‌شدن body مهره

۴- درگیری مفاصل کوستوورترال که باعث محدودیت حرکات قفسه‌ی سینه و تنفس می‌شود.

این ویژگی‌هایی که گفتیم بیشترشون در اسپوندیلیت آنکیلوزان (AS) دیده میشن، پس بریم سراغ بقیه.

۵ بیمار مرد ۳۷ ساله‌ای است که با کمر درد التهابی مراجعه نموده است و سابقه‌ی آن را از دو سال قبل می‌دهد. در رادیوگرافی از لگن بیمار اسکروز و erosion در مفاصل ساکروایلپاک دو طرف دارد. در مورد وی کدام گزینه صحیح است؟ (پره‌انترنی-اسفند ۹۳- قطب آزاد)

۱ جهت تشخیص نیاز به HLA- B27 مثبت داریم.

۲ جهت تشخیص نیاز به افزایش CPR و ESR داریم.

۳ بیمار مبتلا به اسپوندیلیت آنکیلوزان است.

۴ MRI لگن درخواست می‌کنیم

سؤال	۳	۴	۵
پاسخ	ج	ب	ج



## پسوح آرتریت راکتیو (سندرم رایتر)

آرتریت راکتیو یا واکنشی در واکنش به اورتریت کلامیدیایی و یا اسهال عفونی ایجاد میشه در نتیجه باید حتماً به شرح حال اسهال و رابطه جنسی اخیر بیمار دقت کنی. علاوه بر ویژگی‌هایی که اول فصل گفتیم، شش مورد زیر تو افتراق آرتریت راکتیو از بقیه کمک می‌کنن:

اورتریت

کونژکتیویت به صورت قرمزی چشم

زخم دهانی

ضخیم شدن ناخن بدون فرورفتگی (Non Pitting)

بالانیت حلقوی: راش روی پنیس

کراتودرما بلنوراژیکوم: راش کف دست و پا

سابقه‌ی فعالیت اخیر جنسی یا اسهال

آرتریت واکنشی حاد، معمولاً خود محدود شونده است، فقط برای کنترلش به چهار نکته‌ی زیر دقت کن:

۱- برای کنترل علائم مفصلی می‌تونیم از NSAID و تزریق داخل مفصلی گلوکوکورتیکوئید استفاده کنیم.

۲- در این بیماری باید کلامیدیا تراکوماتیس و بیماری‌های مقاربتی رو در بیمار و شریک جنسیش بررسی و درمان کنیم.

۳- در درمان آرتریت واکنشی ناشی از دیسانتری، آنتی‌بیوتیک موثر نیست.

۴- اگر آرتریت واکنشی مزمن همراه با اسپوندیلیت بود، باید مثل سایر اشکال اسپوندیلیت درمان شود.

## پسوح آرتریت پسوریاتیک

آرتریت پسوریاتیک همونطوری که حدس زدی میتونه با بیماری پوستی پسوریازیس همراه باشه. کیس تیپیکش خانمی با درد و تورم مفاصل بزرگ اندام تحتانی و درگیری مفاصل بند دیستال انگشتان دست به همراه فرورفتگی ناخن‌ها (Pitting) است. پس علاوه بر اون چیزایی که اول فصل گفتیم، موارد پایین هم کنار اسم آرتریت پسوریاتیک تو ذهنت ثبت کن:

الیگوآرتریت غیرقرینه‌ی مفاصل کوچک و بزرگ اندام تحتانی. مثلاً میچ

پا و زانو

## ۶ مرد جوانی با کونژکتیویت و الیگوآرتریت

اندام تحتانی مراجعه کرده است. دردهای بیمار صبح بیشتر بوده و خشکی صبحگاهی ۲ ساعت دارد. در معاینه تورم تاندون آشیل دارد. سه هفته قبل سابقه عفونت ادراری دارد. آفت دهان و ضایعه پوستی را ذکر نمی‌کند. کدام تشخیص بیشتر مطرح است؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میاندوره‌ی کشوری)

الف) آرتریت روماتوئید

ب) سندرم رایتر

ج) اسپوندیلیت آنکیلوزان

د) Still بالغین

## ۷ خانم ۲۸ ساله‌ای که به علت درد و تورم

مفاصل دست‌ها به درمانگاه مراجعه کرده است، از خشکی صبحگاهی یک ساعته نیز شکایت دارد. در معاینه مفاصل MCP, DIP, PIP دست راست و PIP دست چپ، حساسیت و تورم دارند. اکثر ناخن‌ها، حالت Pitting دارند. از نظر آزمایشگاهی RF منفی بوده ولی اسیداوریک سرم، ۸ mg/dl میلی‌گرم در دسی‌لیتر است. محتمل‌تر کدام است؟ (پره‌انترنی میان‌دوره‌ی آبان ۹۶- قطب بندرعباس)

الف) آرتریت نقرسی

ب) آرتریت پسوریازیزی

ج) آرتریت روماتوئید

د) آرتریت راکتیو

سؤال	۶	۷	
پاسخ	ب	ب	

✎ آرتريت موتيلان يا خورنده به خصوص تو بند ديستال انگشت كه باعث

كج و معوج شدن انگشت و نماي pencil in cup ميشه.

✎ پلي آرتريت قرينه مفاصل كوچك مثل آرتريت روماتويد

✎ اسپونديلوآرتروپاتي

✎ اسيد اوريك بالاي خون (به دليل افزايش متابوليسم سلولي)

🕌 مبتلايان به ايدز اگر به آرتريت پسورياتيک مبتلا بشن، نوع شديدش رو مي گيرن.

آرتريت انتروپاتيک (IBD) در مبتلايان به بيماري التهابي روده (كرون و کوليت اولسروز) به صورت اپيزودیک ايجاد مي شود.

📖 **درمان اسپونديلوآرتروپاتي ها در مرحله ي اول فيزيوتراپي و NSAID مثل ايندومتاسين است، كه اگر جواب نداد به عنوان خط دوم، داروي هاي ضد TNF- $\alpha$  مثل اينفليكسي ماب يا اتانرسپت شروع مي كنيم.**

💎 کورتون سيستمیک در کنترل علايم مفصلي اين بيماري جايگاهي ندارد ولي تزريق کورتون داخل مفصلي ميتواند علايم را کاهش دهد.

💎 داروهای سرکوب کننده ي ايمني مثل سولفاسالازين يا متوتروکسات روي اسپونديلوآرتريت محوري يعني کمر درد هيچ تأثيري نداشته و فقط به بهبود درگيري محيطي کمک مي کنند.

۸ آقای ۳۸ ساله با شکایت درد کمر همراه با

خشکی صبح گاهی یک ساعته از ۵ ماه قبل مراجعه کرده است. در معاینه محدودیت حرکات کمری در تمام جهات دارد. در رادیوگرافی کاهش فضای دو طرفه مفاصل ساکروایلیاک و اسکروز ساب کوندرال دو طرفه مشهود است. اولین داروی مناسب جهت درمان کدام است؟ (پره انترنی شهرپور ۹۹- کشوری)

ا ایندومتاسين

ب متوتروکسات

ج اينفليكسي ماب

د سولفاسالازين

👉 تست تمريني يادرت نره

اشتباه است اگر بگويم عشق کور است! حقيقت اين است كه عشق نسبت به نقص ها

و ضعف هايي كه به فوبي مي بيند، بي تفاوت است.... گاهي در وجود كسي كه دوست مي دارد

پيزي مي يابد كه احساس مي كند تعريف ناكردني است

و پيش از هر پييز ديگري اهميت دارد...!



عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
میوپاتی‌های التهابی	غیرمهم	۱

سه میوپاتی التهابی مهم رو تو این فصل یاد می‌گیری:

۱- درماتومیوزیت (DM)

۲- پلی‌میوزیت (PM)

۳- میوزیت انکیلوزیون‌بادی (IBM)

۱- در کدام بیماری احتمال درگیری عضلات دیستال بیشتر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶-  
قطب زنجان)

میوپاتی ناشی از کورتون

درماتومیوزیت

پلی‌میوزیت

میوزیت جسم انکلوزیونی

این سه تا یک سری ویژگی‌های مشترک و اختصاصی دارن؛ مشترکاتشون رو اول بخون:

۱- ضعف پیشرونده‌ی عضلات مخطط

در پلی‌میوزیت و درماتومیوزیت به صورت قرینه و بیشتر نواحی پروگزیمال، در میوزیت انکیلوزیون‌بادی به صورت غیر قرینه و بیشتر نواحی دیستال، که این درگیری دیستال و شروع شدنش از دیستال اندام وجه افتراق خیلی مهم انکلوزیون‌بادی از دوتای دیگه است. البته IBM هم دیستال و هم پروگزیمال رو می‌تواند درگیر کند.

حالا این همه دیستال پروگزیمال گفتیم، یعنی چی؟!

در ضعف پروگزیمال بیمار نمی‌تونه لباس خودش رو بپوشه، موهایش رو شانه کنه، تنهایی از صندلی بلند شه یا از پله‌ها بالا بره ولی تو راه رفتن روی زمین صاف مشکلی نداره.

در ضعف عضلات دیستال مثلاً بیمار نمی‌تونه کارهای ظریف با دست‌ها و مچ انجام بده مثل بستن دکمه‌ی لباس یا بستن بند کفش.

۲- افزایش آنزیم‌های عضلانی مثل آلدولاز (اختصاصی‌تر) و کراتین فسفوکیناز (CPK-MM) و آنزیم‌های کبدی (AST و ALT).

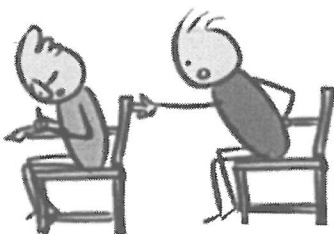
این افزایش آنزیم رو در تمام موارد نداریم، با این حال برای تست‌های تشخیصی اولیه آنزیم‌های عضلانی و کبدی رو درخواست می‌کنیم.

۳- تغییرات نوار عصب و عضله (EMG)

۴- نکروز فیبرهای عضلانی و ارتشاح سلول‌های تک هسته‌ای (عمدتاً


لنفوسیت) در بیوپسی عضله


بگو منم بنویسم!



سؤال	۱			
پاسخ	د			

### ۵- تغییرات ایمنونوپاتولوژیک

در درماتومیوزیت  بیشتر Bcell و Tcell CD4+

در پلی میوزیت و میوزیت انکیلوزیون بادی  بیشتر Tcell CD8+

### ۶- معاینات نورولوژیک و رفلکس های نرمال

پس سه تست مهم می تونن در تشخیص میوپاتی ها کمک کنن


۱- آنزیم های عضلانی و کبدی


۲- نوار عصب عضله

۳- در نهایت بیوپسی عضله



حالا بریم که تک تک بررسیشون کنیم:

### پلی میوزیت و درماتومیوزیت

بیشتر در خانم ها و سنین بزرگسالی دیده می شوند، البته درماتومیوزیت را در سنین کودکی هم می توان دید. در پلی و درماتومیوزیت علاوه بر ویژگی های مشترک میوپاتی های التهابی که اول فصل گفتیم، تظاهرات دیگری هم داریم، مثل: میالژی، دیسفاژی و درگیری قسمت فوقانی مری (در پلی میوزیت)، درگیری ریوی (مثل بیماری بینابینی ریه، هایپرتانسیون ریوی، پنومونی و فیروز ریه)، درگیری قلبی (میوکاردیت، آریتمی و ...)، آرتریت قرینه و غیرتخریبی و بدخیمی.  خطر بدخیمی در درماتومیوزیت بیشتر از پلی میوزیت است.

 یادت باشه بیماری گاستروازوفازیتال رفلاکس (GERD) رو که اسفنگتر تحتانی مری رو درگیر می کنه در میوپاتی ها نمی بینیم.

درماتومیوزیت تظاهرات پوستی اختصاصی خود را دارد، شامل:



 علامت گوترون (Gotttron sign)  راش قرمز و اریماتو روی سطوح



اکستانسور مفاصلی مثل زانو، آرنج، مچ پا و پاپول های قرمز یا بنفش روی

PIP و MCP

 علامت V (V-sign)  راش قرمز روی سطوحی که در معرض آفتاب است

مثل گردن و قفسه ی سینه.


 علامت شال  راش قرمز روی گردن، شانه و قفسه ی سینه.


 راش هلیوتروپ  راش آبی یا بنفش روی پلک های فوقانی و (گاهی

تحتانی) همراه با ادم پری اوربیتال.


۲ زن ۲۵ ساله ای با ضعف عضلات پروگزیمال

اندام تحتانی مراجعه کرده است. در بیوپسی عضلانی علاوه بر سلول های CD4 و B cell شواهد آسیب عروقی به صورت گشادی مویرگ و ترومبوز وجود دارد. کدام تشخیص مطرح است؟ (پره انترنی شهریور ۹۴ - قطب اهواز)

 درماتومیوزیت

 پلی میوزیت

 رابدومیولیز حاد

 میوپاتی دارویی

۲ بیماری با عدم توانایی در بالا رفتن از پله مراجعه

کرده است. سابقه ای از مصرف دارو نمی دهد. در معاینه قدرت عضلات اندام تحتانی و فوقانی سه پنجم است. قرمزی پشت پلک و ادم پره اوربیتال وجود دارد. همه ی علائم زیر با تشخیص بیمار قابل توجیه است بجز: (پره انترنی اسفند ۹۳ - قطب کرمان)

 Nasal Regurgitation

 Gastro esophageal reflux

 Arrhythmia

 Polyarthritis

سؤال	۲	۳		
پاسخ	الف	ب		



### میوزیت انکلوزیون بادی (IBM)

در مردان و سنین بالای ۵۰ سال شایع تر است. که قبلاً تقریباً تمام ویژگی‌های مهمش رو گفتیم. در IBM علاوه بر ضعف پیش‌رونده عضلات مخطط، دیسفاژی هم شایع است. ولی اثری از ILD، میوکاردیت و بدخیمی نیست.

### اتوآنتی‌بادی‌ها در میوپاتی‌های التهابی

۱- Anti-Jo-1 (آنتی سنتتاز) ☞ شایع‌ترین اتوآنتی‌بادی در درماتومیوزیت و پلی‌میوزیت است که به خصوص در همراهی با ILD دیده می‌شود. به همراهی علائم میوپاتی التهابی با تب، آرتریت (غیر تخریبی)، پدیده‌ی رینود، ILD و Anti-Jo-1 مثبت سندرم آنتی‌سنتتاز گفته می‌شود.

۲- Anti-Mi-2 ☞ اغلب در درماتومیوزیت و در همراهی با تظاهرات پوستی دیده می‌شود. Anti-Mi-2 مثبت نشان‌دهنده‌ی پیش‌آگهی و پاسخ به درمان بهتر است.

۳- Anti-SRP ☞ در پلی‌میوزیت و به خصوص با درگیری قلبی همراهی دارد و نشان‌دهنده‌ی پیش‌آگهی بد و پاسخ به درمان ضعیف است.

۴- ANA ☞ چون در هر سه نوع میوپاتی می‌تواند دیده شود، ارزش تشخیصی ندارد.

### برخورد با درماتومیوزیت و پلی‌میوزیت

برخورد با درماتو و پلی‌میوزیت، سه جزء دارد:

☞ تشخیص استفاده از ابزارهایی مثل سطوح آنزیم عضلانی، نوار عصب - عضله (الکترومیوگرافی)، آنتی‌بادی‌هایی مثل Anti-Jo-1، Anti-Mi-2 و بیوپسی عضله یا ضایعات پوستی.

☞ درمان کورتیکواستروئید (خط اول).

☞ پیگیری ☞ تمام بیماران به خصوص درماتومیوزیت (به علت خطر بیش‌تر بدخیمی) رو باید از ۴۰ سالگی به بعد از نظر بدخیمی‌هایی مثل سرطان تخمدان، پستان (با ماموگرافی)، پروستات، ریه، کولون و لنفوم غیرهوچکین بررسی کنیم.

۴ آقای ۶۳ ساله با سابقه ضعف عضلانی پیش‌رونده از ۲ سال قبل مراجعه کرده است. در معاینه قدرت عضلات دیستال و پروگزیمال اندام تحتانی و فوقانی ۴/۵ است. معاینات نورولوژیک نرمال است، محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌اترنی شهریور ۹۵ - قطب اهواز)

ا درماتومیوزیت (DM)

ب پلی‌میوزیت (PM)

ج دیستروفی عضلانی

د میوزیت انکلوزیون بادی (IBM).

۵ خانم ۴۰ ساله‌ای با شرح حال سه ماهه ضعف پاها که هنگام بالا رفتن پله تشدید می‌شود، مراجعه کرده است. در معاینه قرمزی پلک‌ها دیده می‌شود. آزمایشات به شرح زیر است: CPK=3000(<195), LDH=1900(<480), AST=80(<30) ALT=100(<30)

مثبت شدن کدام اتوآنتی‌بادی پیش‌آگهی را بهتر می‌کند؟ (پره‌اترنی شهریور ۹۴ - قطب اصفهان)

ا Anti-Mi2

ب Anti-SRP

ج Anti-ds DNA

د anti-Jol

۶ خانم ۵۰ ساله با شکایت ضعف در بلند شدن از زمین همراه با راش بر روی صورت و دست‌ها از سه ماه قبل مراجعه کرده است. در آزمایشات CPK=4000 IU (<195) می‌باشد. تمامی موارد زیر توصیه می‌شود، بجز: (پره‌اترنی اسفند ۹۹ - مشترک کشوری)

ا چک anti-CCP

ب ماموگرافی

ج شروع پردنیزولون

د الکترومیوگرافی

سؤال	۴	۵	۶
پاسخ	د	الف	الف

یه کوچولو هم از بیماری‌های سیستمیکی که با علائم روماتولوژی همراهی دارن بگیریم، مثل سارکوئیدوز.

### 📖 سارکوئیدوز

سارکوئیدوز یک اختلال گرانولوماتوز با علت ناشناخته است که معمولاً در سنین کمتر از ۵۰ سال دیده می‌شود و ارگان‌های مختلفی از جمله پوست، ریه، غدد لنفاوی و ... را درگیر می‌کند. از تظاهرات روماتولوژیک سارکوئیدوز می‌توان آرترالژی، آرتریت (پلی‌آرتریت غیرتخریبی بیشتر زانو و مچ) و میوپاتی را نام برد. اگر آرترالژی با تب، اریتم ندوزوم و لنفادنوپاتی دو طرفه‌ی ناف ریه همراه بود سندرم لوفگرن خوانده می‌شود که گرفتن یک CXR جهت بررسی ناف ریه اولین اقدام تشخیصی است. این خانم ۲۷ ساله که با تب، آرتریت و ضایعات پوستی مشکوک به اریتم ندوزوم اومده کیس تیپیک سارکوئیدوز حساب میشه.

۲ خانم ۲۷ ساله با درد مچ پای دو طرف که از ۲ هفته قبل شروع شده در حال لنگیدن وارد مطب می‌شود. تب خفیف را در طی این دو هفته ذکر می‌کند. ضایعات دردناک بنفش رنگی روی ساق هر دو پا دیده می‌شود که تندرُس دارند مچ هر دو پا متورم و کمی تندر است. ولی اریتم ندارد. کدام بررسی را انجام می‌دهید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳ - قطب مشهد)

📌 Tap مایع مفصلی

📌 بررسی سطح سرمی اسید اوریک

📌 CXR

📌 بررسی ANA

👉 می‌دونستی تا الان نصف راه رو اومدی؟! 😊 حالا که دونستی پرو سوالاش رو تو تست تمرینی بزن.

تنها فردی که لایق عشق است کسی است که:

معنی حرف‌های نزرده‌ات را بهتر از خودت بفهمد...

# لئون تروتسکی

سؤال	۷			
پاسخ	ج			

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
واسکولیت	غیرمهم	۰

۱ کدامیک از علائم بالینی زیر در بیماران مبتلا به واسکولیت، نشان دهنده‌ی درگیری واسکولیتی عروق کوچک (small vessel) است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶ و ۹۷- قطب تبریز)

- ۱ ندول جلدی دردناک
- ۲ لویدو رتیکولاریس
- ۳ خون‌ریزی آلونولی منتشر
- ۴ مونونوریت مولتی پلکس

پس واسکولیت‌ها براساس اندازه‌ی عروق درگیر به سه دسته واسکولیت عروق بزرگ، متوسط و کوچک تقسیم می‌شوند که ویژگی‌های خاص خود را دارند:

واسکولیت عروق کوچک (مثل هنوخ شوئن لاین و پلی‌آنژئیت میکروسکوپی) پورپورا، کهیر، ضایعات وزیکولوس پوستی، خون‌ریزی آلونولی ریه (DAH)، مونونوریت مولتی پلکس، گلومرولونفریت، اسکلریت، اپی‌اسکلریت، یووئیت.

واسکولیت عروق متوسط (مثل پلی‌آرتریت ندوزا و کاوازاکی) ندول‌های پوستی، زخم، لویدو رتیکولاریس (ضایعات اولسراتیو روی ساق پا)، گانگرن انگشتان، مونونوریت مولتی پلکس چشمی، میکروآنوریسم.

واسکولیت عروق بزرگ (مثل آرتریت سلول ژانت، تاکایاسو و ...) لنگش پا، فشار خون غیر قرینه در اندام‌ها، فقدان نبض، بروئی کاروتید، دیلاتاسیون آئورت. علاوه بر این موارد، واسکولیت‌ها یک سری علائم عمومی مثل تب، بی‌اشتهایی، کاهش وزن، سستی، آرترالژی و میالژی دارند.

بریم سر بررسی تک‌تک‌شون

### پس آرتریت سلول ژانت یا تمپورال (GCA)

آرتریت تمپورال بیشتر در خانم‌های مسن و با تظاهراتی مثل سردرد مداوم، لنگش فک حین جویدن، تندرینس شریان تمپورال سطحی، افت بینایی (در صورت عدم درمان نابینایی)، ESR بالا، آنمی، Alkp بالا و هایپرگاماگلوبولینمی دیده می‌شود. تشخیص قطعی آن با کمک بیوپسی از شریان تمپورال و رؤیت سلول‌های ژانت چند هسته‌ای و سلول‌های التهابی تک‌هسته‌ای است. گلوکوکورتیکوئید همراه با آسپرین خط اول درمان آرتریت تمپورال است.

### پس آرتریت تاکایاسو

آرتریت تاکایاسو یا بیماری بدون نبض (!) معمولاً در خانم‌های حدود ۳۰ سال و با تظاهرات زیر دیده می‌شود

۲ آقای ۵۸ ساله با سردرد ۲ ماهه یک طرفه، درد و کلودیکاسیون، تندرینس ناحیه‌ی تمپورال راست و آزمایشات زیر آمده است، HB=11، WBC=12000، ESR=80، Platelet=460000. اقدام در این مرحله مناسب‌تر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطب تهران)

- ۱ انجام CT آنژیوگرافی عروق مغزی
- ۲ انجام MRI از سر
- ۳ شروع دوز بالای گلوکوکورتیکوئید و بیوپسی رگ
- ۴ بررسی سطح cANCA و pANCA

۳ خانم ۲۲ ساله با ضعف، بی‌حالی و کاهش وزن حدود 4 kg در یک سال گذشته، به درمانگاه مراجعه کرده است. بیمار به دنبال فعالیت دچار خستگی و ضعف شدیدی در اندام فوقانی سمت چپ می‌شود، در معاینه فشارخون دست راست 120/80 دست چپ 90/60 است. سایر معاینات نکته‌ی خاصی ندارد. در آزمایشات: ESR=65، WBC=4500، Hb=11، Plt=320000 است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴- قطب شمال)

- ۱ واسکولیت گرانولوماتوز و گتر (GPA)
- ۲ آرتریت تمپورال (TA)
- ۳ آرتریت تاکایاسو (Takayasu Arthritis)
- ۴ بیماری لوپوس (SLE)

سؤال	۱	۲	۳
پاسخ	ج	ج	ج

فشار خون بالا و اختلاف فشار سیستولی بیشتر از 10 mmHg بین دو دست

نبود نبض و سمع بروئی در ساب کلاوین یا آئورت

آنوریسم آئورت، تنگی آئورت

لنگش دست‌ها حین فعالیت

درد شکم و تهوع

سردرد، سرگیجه و درد فک

تغییرات بینایی و سنکوپ

تنگی نفس

افزایش ESR

آنمی خفیف

تشخیص آرتریت تاکایاسو با کمک آرتروگرافی (تصویر برداری از عروق) است.

#### پلی آرتریت ندوزا (PAN)

پلی آرتریت ندوزا واسکولیت عروق متوسطی است که با تظاهرات زیر همراه است:

تظاهرات عصبی مثل تشنج و مونونوریت مولتی پلکس که با افتادگی مچ

دست (شایع‌تر) و مچ پا همراه است.

علائم پوستی مثل ندول پوستی، لویدورتیکولاریس، رینود و گانگرن انگشتان.

تظاهرات گوارشی مثل درد شکم (به خصوص بعد غذا)، خونریزی گوارشی.

تظاهرات کلیوی مثل آنوریسم و تنگی شریان کلیوی که باعث فشار خون

بالا و نارسایی کلیه (افزایش BUN و Creat) میشه. یادت باشه گلوMERULONFRIT و

هماچوری دیس مورفیک نداریم.

تظاهرات قلبی مثل درد قفسه سینه، CHF و پریکاردیت.

علائم عضلانی - اسکلتی مثل آرتریت و میالژی

علائم تناسلی مثل اورکیت حاد (التهاب بیضه) و درد تخمدان.

ESR بالا و آنمی

تشخیص پلی آرتریت ندوزا با آنژیوگرافی عروقی و رؤیت آنوریسم دانه تسبیحی

در شریان‌های کلیه، کبد و سیستم عروقی تمام احشاء است.

#### واسکولیت عروق کوچک

واسکولیت عروق کوچک دو دسته هستند:

ANCA مثبت ☞ گرانولوماتوز و گنر، پلی آنژیت میکروسکوپی، سندرم چرچ استراس.

ANCA منفی ☞ پورپورای هنوخ شوئن لاین و ...

۴ مرد ۴۰ ساله‌ای با ضایعات پوستی اولسراتیو در ساق

پای چپ و درد شکم مراجعه کرده است. وی سابقه‌ی

فشارخون داشته و در معاینه مونونوریت مولتیپلکس دارد.

گرافی قفسه‌ی سینه و سدیمان ادراری نرمال است. در

آزمایشات ESR بالا و آنمی دارد. کدام تشخیص صحیح

است؟ (پره‌انترنی شهرپور ۹۶- قطب اهواز)

۱ پلی آرتریت گرانولوماتو

۲ واسکولیت لوپوس

۳ پلی آرتریت ندوزا

۴ کرایو گلوبولینمی

سؤال	۴			
پاسخ	ج			



### پاسخ گرانولوماتوز و گنر (یا گرانولوماتوز با پلی آنژیت: GPA)

وگنر، واسکولیت ANCA مثبت (بیشتر از نوع C-ANCA) است که با تظاهراتی مثل سینوزیت مقاوم، اوتیت مدیا، بینایی زینی شکل، خونریزی بینایی، ندول و کاویته‌ی ریوی، خونریزی ریوی، تنگی نفس، سرفه، هموپتزی، گلودورلوفریس (RBC - cast و هم‌چوری)، مونونوریت مولتی پلکس، پورپورای قابل لمس، آرتریت مفاصل کوچک، علائم قلبی، ESR خیلی بالا و RF کمی افزایش یافته همراهی دارد. بیوپسی بافت درگیر مثل ریه، کلیه، پوست، سینوس و عصب، بهترین راه تشخیص گرانولوماتوز و گنر است.

### پاسخ پلی آنژیت میکروسکوپی (MPA)

پلی آنژیت میکروسکوپی، واسکولیت ANCA مثبت (بیشتر از نوع P-ANCA) است که با تظاهرات بالینی مشابه وگنر بروز می‌کند مثل گلودورلوفریس (کست گلبول سفید یا قرمز و هم‌چوری)، نارسایی کلیه (افزایش BUN و Creat)، سرفه، هموپتزی، تنگی نفس، خونریزی منتشر آلئولی، مونونوریت مولتی پلکس و ... ولی در MPA برخلاف وگنر درگیری مجاری تنفسی فوقانی و ندول ریوی نداریم.

### پاسخ پورپورای هنوخ شوئن لاین (HSP)

هنوخ شوئن لاین (واسکولیت IgA) بیشتر در پسر بچه‌های ۴-۷ سال و با تظاهراتی مثل پورپورای قابل لمس در اندام تحتانی، آرتریت (به خصوص مفاصل بزرگ)، درد شکمی، خونریزی از مقعد و درگیری کلیوی (هم‌چوری میکروسکوپی یا پروتئینوری) دیده می‌شود.

لایه قبل از اینکه فصل رو تموم کنیم، به کوچولو از بهجت بگم واست، البته از منابع امتحان حذف شده‌ها! بهجت یک واسکولیت عروق مختلط است که با تظاهراتی مثل آفت دهانی راجعه، آفت تناسلی، علائم چشمی مثل پان یووئیت دو طرفه (در موارد پیشرفته نابینایی)، ضایعات پوستی اریتم ندوزوم و پیودرما گانگرو-نوزوم، ترومبوز، آنوریسم و ... مشخص می‌شود، تشخیص بهجت در صورت همراهی زخم دهانی راجعه با حداقل دو مورد از این چهار مورد، مسجل می‌شود: ۱- زخم تناسلی راجعه، ۲- عوارض چشمی، ۳- ضایعات پوستی، ۴- تست پاترزی مثبت (ایجاد جوش در محل وارد کردن یک سوزن در پوست بعد از ۴۸ ساعت).

واسکولیت رفت فونه شون، حالا دیگه چه تفته پاره بر ، رها رها رها تو! تست تمرینی رو یادت نره.

۵ خانم ۳۵ ساله با سابقه‌ی سینوزیت مکرر و دفع ترشحات خونی از بینی مراجعه نموده است. در معاینه آرتریت مفاصل کوچک انگشتان دارد. طی هفته‌ی اخیر تنگی نفس داشته و در CXR دو ندول و کاویته در ریه‌ی راست دارد. در آزمایشات WBC=10000, ESR=70, CRP(2+), C ANCA(+), ANA(-), PPD=5mm. محتمل‌ترین تشخیص چیست؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطب همدان و تهران)

ا بیماری تاکایاسو

ب گرانولوماتوز و گنر

ج چرخ استراس

د پلی آرتریت میکروسکوپی

۶ خانم ۳۶ ساله با شکایت تنگی نفس و هموپتیزی مراجعه کرده است. در معاینه بیمار تاکی کارد و تاکی‌پنه است. در سی‌تی‌اسکن ریه شواهد خون‌ریزی آلئولی مشهود است. در آنالیز ادراری RBC- Cast دارد. تست Anti MPO P-ANCA با تیترا بالا مثبت است. تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳ - قطب اهواز)

ا پلی آنژیت میکروسکوپی

ب گرانولوماتوز و گنر

ج کریوگلوبولینمی

د پلی آرتریت ندوزا

۷ پسر ۱۰ ساله‌ای به علت درد شکم، تهوع و استفراغ به اورژانس آورده می‌شود. درد شکم را از سه روز قبل ذکر می‌کند. در معاینه تندرست مختصر شکم، آرتریت زانوی چپ و پورپورای قابل لمس در ساق پاها دارد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطب تهران)

ا هنوخ شوئن لاین

ب چرخ استراس

ج گرانولوماتوز و گنر

د کاوازاکی

سؤال	۵	۶	۷
پاسخ	ب	الف	الف

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
کریستالوپاتی‌ها	مهم	۳

### نقرس

نقرس اولین و مهم‌ترین کریستالوپاتی است که افزایش اسید اوریک سرم یکی از دلایل ایجاد آن است. علاوه بر این عوامل زیر هم با بروز نقرس ارتباط دارند:

- ☐ سن بالا
- ☐ فشار خون بالا
- ☐ چاقی
- ☐ سندرم متابولیک
- ☐ بیماری‌های قلبی و کلیوی

اسید اوریک بیشتر از  $6/8 \text{ mg/dl}$ ، هایپراوریسمی خوانده می‌شود که موارد زیر در ایجاد آن نقش دارند:

- ☐ کمبود آنزیم هایپوگزانتین گوانین (سندرم لشنیهان)
- ☐ کمبود آنزیم G6PD

☐ بیماری‌های ذخیره‌ی گلیکوژنی

☐ اتانول و الکل و اینا ...

☐ داروهای سایتوتوکسیک و لوسمی و لنفوم

☐ دهیدراتاسیون

☐ اسیدوز

☐ سرب

☐ داروهایی مثل دیورتیک‌ها (تiazیدی و فورزماید)، پیرازینامید، اتامبوتول، لوودوپا و آسپرین با دوز کم ...

نقرس با توجه به علائم بالینی، سیر و درمانش به حاد و مزمن تقسیم می‌شود:

### نقرس حاد

نقرس حاد با آرتریت (درد شدید، تورم، قرمزی و گرمی) حاد مفاصل اندام تحتانی به خصوص متاتارسوفالانژیال اول مشخص می‌شود که به صورت حمله‌ای در فردی که احتمالاً سابقه‌ی قبلی حمله‌ی نقرس رو داره میاد و میره! پیک درد بیمار ۲۴-۸ ساعته که در فاز حاد حتی اگر درمان نشه، ۱۴-۵ روز بعد خود به خود فروکش می‌کنه. یکن حملات هم بیمار علامت نداره. نقرس به غیر از مفاصل متاتارسوفالانژیال می‌تونه مچ پا، زانو، آرنج، مچ دست و حتی مفاصل کوچک دست رو هم بگیره. به غیر از آرتریت، علائمی مثل محدودیت حرکات مفصلی و تب هم در نقرس ممکنه داشته باشیم.

۱ خانم ۶۵ ساله‌ای با سابقه‌ی درد، تورم و قرمزی مفصل متاتارسوفالانژیال اول پای چپ مراجعه کرده است که چند بار دچار حمله آرتریت شده است. بیمار دچار هیپرتنشن و هیپرلیپیدمی است و در حال حاضر فورزماید، لوزارتان، آلوپرینول و آتروواستاتین مصرف می‌کند. به نظر شما کدام مورد باعث حمله مجدد شده است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵-)

قطب شمال

☐ آلوپرینول

☐ فورزماید

☐ لوزارتان

☐ آتروواستاتین

۲ بیمار مرد ۴۰ ساله‌ای است که با شکایت تورم و قرمزی انگشت اول پای راست مراجعه نموده است که از روز قبل شروع شده است. سابقه‌ی آرتریت در همین مفصل و مچ پای راست را از ۲ سال قبل به طور متناوب داشته است که خودبه‌خود بهبود می‌یافته. محتمل‌ترین تشخیص چیست؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۶- قطب آزاد)

☐ روماتوئید آرتریت

☐ بروسلا

☐ استئوآرتریت

☐ نقرس

سؤال	۱	۲	
پاسخ	ب	د	



## نقرس مزمن

در نقرس مزمن همون علائم مرحله‌ی حاد رو ولی با شدت کمتر به همراه توفوس داریم. توفوس به دنبال تجمع کریستال‌های مونوسدیم اورات در لاله‌ی گوش، انگشت‌ها و بورس اولیه کرانئون ایجاد میشه.

## تشخیص نقرس

در هر دو حالت نقرس مزمن و حاد با توجه به مطرح بودن تشخیص افتراقی آرتریت سپتیک، انجام آسپیراسیون مایع مفصلی برای تشخیص ضروری است. مایع مفصلی باید از نظر ظاهر، سلول، کریستال و کشت بررسی شود. نتایج آن: آنالیز ظاهر و سلولی  $\hookrightarrow$  دارای ویژگی‌های التهابی شامل ظاهر کدر،  $WBC < 2000$  (معمولاً بیشتر از ۱۰ هزارتا) و  $PMN < 70\%$ . میکروسکوپی  $\hookrightarrow$  کریستال‌های سوزنی شکل منو اورات سدیم داخل سلولی با انکسار مضاعف منفی.

کشت و اسمیر مایع  $\hookrightarrow$  منفی.

🔗 در فاز حمله نیازی به اندازه‌گیری اسید اوریک نیست، چون ممکن است بالا، نرمال یا پایین باشد. ولی در فاز مزمن با توجه به هدف درمانی، اندازه‌گیری اسید اوریک یکی از اقدامات لازم است.

## درمان نقرس

🔹 در حمله یا فاز حاد نقرس علاوه بر بی‌حرکتی مفصل و کمپرس سرد، داروهای کاهنده‌ی التهاب مؤثر است:

🔸 NSAID مثل ناپروکسن، ژلوفن (ایبوپروفن)، دیکلوفناک، ایندومتاسین و ... که تجویز آن‌ها در نارسایی کلیه و اولسر پپتیک ممنوع است.

🔸 کلشی‌سین خوراکی که ۲۴-۴۸ ساعت اول حمله میشه تجویز کرد. کلشی‌سین در نارسایی کلیه و اختلالات قلبی ممنوع است.

🔸 گلوکوکورتیکوئید به خصوص فرم داخل مفصلی

تو این مریض یا هر مریض دیگه‌ای با مونوآرتریت حاد باید اول آرتریت سپتیک رو رد کنیم، ولی اینجا به دو دلیل تشخیص نقرس واضحه: 🔸 تکرار حملات در یک مفصل یکسان به نفع نقرس است.

🔸 آرتریت سپتیک بیش‌تر از همه زانو رو میگیره و با شواهدی از جمله لکوسیتوز همراهی داره.

🔗 یادت باشه داروهای کاهنده‌ی اسید اوریک مثل آلوپورینول و پروبنسید در

فاز حمله کاربردی ندارند.

🔸 بیمار آقای ۶۰ ساله با سابقه Gout با شکایت

درد شدید زانوی راست، اریتم، گرمی و محدودیت حرکت زانو از ۲ روز قبل مراجعه کرده است. همچنین بیمار تب‌دار است ( $T: 39^{\circ}C$ ). اقدام مناسب برای بیمار فوق چیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵- قطب تبریز)

🔸 اسکن رادیوایزوتوپ استخوان

🔸 MRI زانو

🔸 آسپیراسیون مایع مفصلی و تزریق داخل مفصلی گلوکوکورتیکوئید

🔸 بررسی مایع سینوویال از نظر کریستال و

اسمیر و کشت مایع سینوویال

🔸 آقای ۳۱ ساله / شکایت فعلی: تورم مچ پا

و انگشت اول پای راست به همراه اریتم / دارای سابقه‌ی چند بار درد و قرمزی انگشت اول پا که خود به خود ظرف یک هفته بهبود می‌یابد / در آزمایشات:

CRP=++, Uric Acid: 5.8(3-6.5), WBC: 4600, Hb: 12.1, Plt: 460000, ESR: 40, Cr=0.7

کدام جمله صحیح است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹- مشترک کشوری)

🔸 با توجه به اسید اوریک نرمال، نقرس مطرح نمی‌باشد.

🔸 با تشخیص نقرس، ناپروکسن با دوز التهابی شروع می‌کنیم.

🔸 از بیمار گرافی Foot درخواست می‌کنیم.

🔸 پس از آسپیراسیون مفصل با تشخیص آرتریت سپتیک آنتی‌بیوتیک شروع می‌کنیم.

سؤال	۳	۴	
پاسخ	د	ب	

- ❖ **درمان مرحله‌ی مزمن بر خلاف فاز حمله در جهت کاهش اسید اوریک (کاهش آن زیر ۵ mg) است. در نقرس مزمن داروهای کاهنده‌ی اسیداوریک در شرایط زیر اندیکاسیون دارد:**
- ۱- سابقه‌ی دو یا بیشتر دو حمله‌ی نقرس در سال
  - ۲- داشتن توفوس
  - ۳- سنگ کلیه‌ی راجعه‌ی اسیداوریکی
  - ۴- آرتریت مزمن نقرس

سه تا از مهم‌ترین داروهای کاهنده‌ی اسید اوریک شامل:

- ❶ آلوپورینول خط اول درمان نقرس مزمن است که در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه و سنگ کلیه‌ی اسیداوریکی باید با دوز کم و با احتیاط تجویز شود.
- ❷ پروبنسید با افزایش دفع کلیوی اسید اوریک باعث کاهش سطح آن می‌شود که در سنگ کلیه و GFR زیر ۵۰ ممنوعیت دارد.
- ❸ پگلوئیکاز در نقرس مقاوم به درمان‌های معمول استفاده می‌شود.

❹ برای پیشگیری از بروز حمله، تجویز دوز کم کلشی‌سین و یا سایر NSAIDها کافی است که باید تا شش ماه همراه با کاهنده‌های اسید اوریک همراه باشد.

#### ❖ بیماری رسوب کلسیم پیروفسفات (CPPD) یا نقرس کاذب

در نقرس کاذب به دنبال رسوب کریستال‌های کلسیم پیروفسفات در غضروف مفصلی و ریزش کریستال‌ها ممکن است آرتریت حاد ایجاد شود که شایع‌ترین ناحیه‌ی درگیر مفصل زانو و منیسک زانو است. CPPD در سنین بالا دیده می‌شود که درد آرتریت بیمار، مکانیکی بوده و با فعالیت تشدید می‌شود. برای تشخیص، انجام آسپیراسیون مفصلی ضروری است، که نتایج آن:

میکروسکوپ نوری ➡ کریستال‌های داخل سلولی لوزی‌شکل (رومبویید) با انکسار مضاعف مثبت.

درمان CPPD در بیماران علامت‌دار شامل تجویز استروئید است. اگر موندو یا الیگوارتریت بود به صورت داخل مفصلی و اگر پلی‌آرتریت بود به صورت خوراکی در مدت محدود تجویز می‌شود.

❖ نکته‌ی آخر هم از آرتروپاتی هیدروکسی آپاتیت بگیم؛ به رسوب غیرطبیعی کلسیم فسفات بازی (BCP) در داخل فضای مفصلی یا اطراف مفصل، پری‌آرتریت کلسیفیک می‌گن، که اگر در روتاتور کاف شانه رسوب کند، شانه‌ی میلوآکی نامیده می‌شه.

۵ در بیمار مبتلا به نقرس تمام موارد زیر اندیکاسیون شروع درمان با آلوپورینول است، بجز: (پره‌آترنی اسفند ۹۹- مشترک کشوری)

❶ چهار حمله نقرس در یک سال

❷ سنگ کلیه ریکورنت

❸ توفوس

❹ سابقه حمله قبلی

۶ خانم ۵۹ ساله‌ای به علت درد و تورم زانوی راست از یک هفته قبل مراجعه کرده است. شرح حالی از درد در سایر مفاصل به طور پراکنده می‌دهد که تیپ دردها مکانیکی است. سفتی صبح‌گاهی ندارد. در آسپیراسیون مایع مفصل انجام شده نکات زیر وجود دارد:

WBC=40000, PMN=60

مناسب‌ترین علت تشدید آرتریت در زانوی بیمار کدامیک از موارد زیر است؟ (پره‌آترنی اسفند ۹۵- قطب کرمان)

❶ توبرکلوز

❷ تب روماتیسمی حاد

❸ نقرس کاذب

❹ استئوآرتریت اولیه

۷ رسوب کدامیک از کریستال‌های زیر باعث ایجاد شانه‌ی میلوآکی (milwaukee shoulder) می‌شود؟ (پره‌آترنی اسفند ۹۶- قطب اهواز)

❶ مونسدیم اورات

❷ پیروفسفات کلسیم

❸ هیدروکسی آپاتیت

❹ اگزالات کلسیم

❖ تست تمرینی منتظر ته...

سؤال	۵	۶	۷
پاسخ	د	ج	ج





عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
آرتریت سپتیک	مهم	۳

۱ شایع‌ترین عامل آرتریت سپتیک بدنبال الکلیسم مزمن و هموگلوبینوپاتی‌ها کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶ - قطب تبریز)

☐ استرپتوکوک

☐ استافیلوکوک

☐ باسیل‌های گرم منفی

☐ پنوموکوک

شخص آوردم زلوفش بود. والا باید این رو می‌خوندم!



پس آرتریت سپتیک می‌تواند باکتریایی (حاد و مزمن)، ویروسی، قارچی و ... باشد. بر اساس سن و شرایط همراه، پاتوژن‌های متفاوتی در ایجاد آرتریت سپتیک نقش دارند.

مهم‌ترین عامل در بالغین و نوجوانان نایسریا گنوره.

در نوزادان استاف اورئوس، استرپتوکوک B، باسیل گرم منفی.

شایع‌ترین عامل آرتریت غیرگنوکوکی در همه‌ی سنین استاف اورئوس.

در عامل اصلی الکلیسم مزمن و هموگلوبینوپاتی‌ها پنوموکوک.

روش انتقال پاتوژن در آرتریت سپتیک

شایع‌ترین روش انتقال همتاوژن یعنی از طریق خون است. انتقال مجاورتی و تلقیح مستقیم (گاز گرفتن حیوانات، تزریق، جراحی و تروما) هم از روش‌های دیگر انتقال پاتوژن است.

مفاصل کوچک دست و پا می‌توانند از طریق تلقیح مستقیم گرفتار شوند.

شایع‌ترین مفاصل درگیر در آرتریت سپتیک

در کل، شایع‌ترین مفصل درگیر به ترتیب زانو و هیپ است، ولی در افراد IV drug user شایع‌ترین مفصل درگیر استرنوکلاویکولار و ساکروایلیاک است.

فرم درگیری مفصلی

آرتریت سپتیک می‌تواند مونو، الیگو یا پلی‌آرتریت باشد. پلی‌آرتریت را بیشتر در آرتریت روماتوئید می‌بینیم. آرتریت روماتوئید به علت آسیب مفصلی بیشترین ارتباط را با آرتریت سپتیک دارد.

پس علائم بالینی و تشخیص آرتریت سپتیک

آرتریت سپتیک علاوه بر آرتریت (تورم، اریتم، گرمی و تندرنس مفصلی شدید)، با تظاهراتی مثل تب (۳۸-۳۹ درجه)، بی‌اشتهایی، ضعف و بی‌حالی، محدودیت شدید حرکات مفصلی (ROM)، لکوسیتوز و ESR و CRP بالا همراه است.

دو تشخیص افتراقی مهم در مونوآرتریت التهابی، نفرس و آرتریت سپتیک است. بنابراین اولین کار در هر مونوآرتریتی رد آرتریت سپتیک با کمک اسپیراسیون و آنالیز مایع مفصلی است، به خصوص در بیماری بدون سابقه‌ی قبلی مونوآرتریت

که شواهد عفونت از جمله تب و لکوسیتوز را هم دارد.

۲ آقای ۴۸ ساله بدون سابقه بیماری قبلی از شب قبل دچار درد، تورم، گرمی و محدودیت حرکتی زانوی چپ شده است. سابقه تروما را ذکر نمی‌نماید. در معاینه، علاوه بر تورم مفصل زانو، تب ۳۸ درجه سانتی‌گراد دارد. اولین اقدام مناسب در وی چیست؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹ - کشوری)

☐ رادیوگرافی مفصل زانو

☐ اسپیراسیون و آنالیز مایع مفصل

☐ شروع آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف

☐ شروع NSAID با دوز التهابی

سؤال	۱	۲		
پاسخ	د	ب		

ویژگی‌های مایع مفصلی در آرتریت سپتیک					
ظاهر	ویسکوزیته	تعداد WBC	ارجحیت سلولی	گلوکوز	پروتئین و LDH
کدر و چرکی یا خونی	کاهش یافته	بیشتر از ۵۰ هزار تا	با ارجحیت PMN بیشتر از ۹۰٪	کاهش	افزایش

❗ دو تشخیص افتراقی مهم در مونوآرتریت التهابی حاد، نفرس و آرتریت سپتیک است؛ در نتیجه انجام آسپیراسیون و کشت مایع مفصلی ضروری است. ❗ بیوپسی و کشت سینوویوم بیشترین احتمال پیدا کردن میکروارگانیزم را دارد. اگرچه اسمیر منفی به هیچ وجه رد کننده نیست.

❗ رادیوگرافی ساده‌ی مفصل هم با تغییراتی مثل باریک شدن فضای مفصلی، استئوپنی و آروزیون (با تأخیر) ممکن است به تشخیص کمک کند.

❗ MRI فقط در موارد مشکوک به آرتریت سپتیک ساکروایلیاک و استرنوکلاویکولار کمک می‌کند.

❗ خانم ۶۰yr بدون سابقه‌ی بیماری / درد زانو‌ها از ۵ سال قبل و تشدید آن طی یک هفته اخیر و مسافرت / 85kg = وزن، 155cm = قد و بدون تب / تورم زانوی راست / محدودیت فلکسیون در حد ۹۰ درجه / گرمی مختصر بدون اریتم / کریپتاسیون ۲+ زانو‌ها / سایر مفاصل نرمال / کدام بررسی تشخیصی کمک کننده نیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطب تهران)

❗ آسپیراسیون و آنالیز مایع سینوویال

❗ MRI از زانو‌ها

❗ گرافی از زانو‌ها

❗ کشت مایع سینوویال

### ❗ آرتریت گنوکوکی

نایسریا گنوره در ۹۰٪ موارد با مونوآرتریت ظاهر می‌شود که ممکن است به صورت مهاجر باشد. آرتریت گنوکوکی ممکن است منتشر باشد و یا فقط به صورت آرتریت بروز کند.

عفونت منتشر گنوکوکی (DGI) با تظاهراتی مثل تب، لرز، آرتریت مهاجر و راش، پاپول و یا پوسچول‌های خونریزی‌دهنده (در تنه، سطوح اکستانسور و انتهای اندام) همراه است. کشت خون و مایع مفصلی در بیشتر موارد منفی است ولی کشت از راش‌های جلدی ممکن است مثبت شود.

در آرتریت ایزوله‌ی گنوکوکی هم کشت و اسمیر اکثراً منفی است ولی کشت مایع مفصلی در بیشتر از ۴۰٪ موارد مثبت می‌شود. برای تشخیص می‌توان از PCR کمک گرفت.

❗ با شک به آرتریت گنوکوکی باید سریعاً آنتی‌بیوتیک وریدی شروع شود. بهبود دراماتیک علائم در عرض ۱۲-۲۴ ساعت بدنبال آنتی‌بیوتیک مناسب هم به نفع تشخیص است.

❗ در عفونت گنوکوکی منتشر باید همزمان عفونت کلامیدیایی رو هم درمان کنیم، در نتیجه داکسی‌سایکلین و سفالوسپورین نسل سوم را کنار هم تجویز می‌کنیم.

❗ خانم ۲۴ ساله با شکایت تب و لرز آرتریت مهاجر در مفاصل زانو‌ها و مچ دست مراجعه کرده است. در معاینات بیمار ضایعات پوستی به صورت پاپول‌های اریتماتو و گاهی هموراژیک در دست‌ها و تنه و همچنین تورم و قرمزی تاندون‌های اکستانسور مچ دست راست را نیز دارد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطب تبریز)

❗ تب روماتیسمی

❗ لوپوس

❗ عفونت منتشر گنوکوکی

❗ آرتریت واکنشی

سؤال	۳	۴	
پاسخ	ب	ج	

### پاسخ آرتريت سلی (توبرکلوزی)

آرتريت سلی با مونو یا پلی آرتريت مزمن همراه است که شایعترین مفاصل درگیر به ترتیب هیپ، زانو و مچ پا است. درگیری مفصل هیپ با لنگش پا و درد همراه است.

اللله پلی آرتريت سلی (Poncet's disease) به صورت قرینه و بیشتر در سل احشایی و منتشر دیده می شود.

اللله Pott Disease فرمی از آرتريت سلی است که مهره های توراسیک و لومبار را می گیرد و با تعریق شبانه، کاهش وزن، تب و تندرینس در دق مهره ها همراه است.

۵ آقای 45yr / مونو آرتريت زانوی چپ از ۵ ماه

قبل / افیوژن و هیپرتروفی سینوویال واضح زانوی چپ / آزمایشات: ESR= 55, CRP= +, RF= -, Anti ccp = -  
آنالیز مایع مفصلی: WBC = 28000 با PMN=55%  
رنگ آمیزی گرم و کشت مایع مفصلی منفی.  
تشخیص؟ (پره انترنی شهریور ۹۵ - قطب شمال)

الف آرتريت کریستالی

ب استئو آرتريت

ج آرتريت سلی

د آرتريت سپتیک حاد

۶ خانم ۳۶ ساله با شکایت از درد دست ها

مراجعه می کند. در معاینه پلی آرتريت قرینه ی مفاصل کوچک دست ها را دارد. کدامیک از موارد زیر جزء تشخیص افتراقی ها نیست؟ (پره انترنی اسفند ۹۶ - قطب تهران)

الف بیماری ویل

ب SLE

ج RA

د آرتريت ویرال

پاسخ اللله بیماری ویل به دنبال عفونت با باکتری Tropheryma whipplei با

علائمی مثل تب، کاهش وزن و آرتريت مهاجر ظاهر می شود.

یه گریزی بزیم به فصل اولمون:

اللله پلی آرتريت قرینه رو کجا داریم؟ آرتريت روماتوئید، لوپوس، آرتريت وایرال،

نقرس مزمن، نقرس کاذب و Poncet's disease در سل.

اللله آرتريت مهاجر رو کجا داریم؟ تب روماتیسمی (RF)، آرتريت گنوکوکی،

آرتريت وایرال، آرتريت ویل.

### پاسخ درمان آرتريت سپتیک

اساس درمان آرتريت سپتیک آنتی بیوتیک و درناژ مفصل (خارج کردن چرک) است.

در مفصل زانو انجام درناژ و در مفاصل هیپ و شانه آرتروتومی و شستشوی باز مفصل ضروری است.

بلافاصله بعد از گرفتن نمونه ی مایع مفصلی و ارسال کشت باید آنتی بیوتیک وریدی تجربی را به صورت زیر شروع کرد.

اسمیر منفی (مثل گنوکوک) سفالوسپورین نسل سوم مثل سفوتاکسیم یا سفتریاکسون.

اسمیر مثبت

کوکسی گرم مثبت (مثل استاف): اکزاسیلین یا نفی سیلین و در موارد مقاوم

(مثلاً بیمار بستری) ونکومايسين.

گرم منفی: سفالوسپورین نسل دوم یا سوم.

۷ آقای ۵۰ ساله ی دیابتی با درد شدید و تورم

زانوی راست از روز گذشته مراجعه کرده است. در معاینه تب ۳۹ درجه و محدودیت خم شدن زانوی چپ دارد. در رنگ آمیزی مایع سینوویال، باکتری گرم + دیده شده است. کدام اقدام زیر علاوه بر تجویز آنتی بیوتیک ضرورت دارد؟ (پره انترنی آذر ۹۸ - میان دوره ی کشوری)

الف چک پروتئین و LDH افیوژن مفصلی

ب سونوگرافی مفصل زانو

ج درناژ مکرر زانو

د آرتروتومی اورژانسی

سؤال	۵	۶	۷
پاسخ	ج	الف	ج

بعد از مشخص شدن نتیجه‌ی کشت، درمان اختصاصی را شروع می‌کنیم:

استاف اورئوس ☞ اگر اسیلین یا ونکومايسين.

پنوموکوک و استرپتوکوک ☞ پنی‌سیلین G.

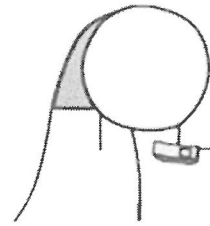
استرپتوکوک مقاوم به پنی‌سیلین و هموفیلوس آنفلوانزا ☞ سفالوسپورین

نسل سوم مثل سفوتاکسیم یا سفتریاکسون.

سودومونا اورئوس ☞ پنی‌سیلین وسیع‌الطیف + آمینوگلیکوزید.

دکتر کجا کجا؟ تست تمرینی صدرات می‌کنه.

کرم شکست



مطالعه برای لذت و زینت و قدرت به کار می‌آید

لذت آن در تنهایی، زینت آن در سفرانی و مجلس آرای،

و قدرت آن در قضاوت‌ها و عرصه‌سود و سودا آشکار می‌شود....

#فرانسیس بیکن



عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
درد کمر و گردن	فیلی مهم	۸

### کمر درد

کمر درد دلایل متفاوتی دارد، ولی قبل از هر چیزی اپروچ به کمر درد رو باید بلد باشیم. کمر درد با توجه به زمان درگیری به دو نوع حاد و مزمن تقسیم میشه؛ درد کمتر از سه ماه حاد و بیشتر از آن مزمن است. اینجا از آخر به اول می‌ریم! اول ارزیابی رو می‌گم بعد معاینه...

❖ در بیمار مبتلا به کمر درد حاد کی تصویربرداری لازم است؟ وقتی

یکی از ریسک فاکتورهای زیر رو داشته باشه:

✎ سن بالای ۷۰

✎ بدتر شدن درد هنگام شب و با استراحت

✎ سابقه‌ی قبلی سرطان

✎ سابقه‌ی تروما

✎ بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع

✎ سابقه‌ی مصرف داروی داخل وریدی

✎ سابقه‌ی مصرف گلوکوکورتیکوئید

✎ سابقه‌ی نقص نورولوژیک سریعاً پیش‌رونده

✎ سابقه‌ی عفونت مزمن به خصوص ریه، ادرار و پوست

✎ کاهش وزن و تب غیر قابل توجیه

✎ تدرنس در دق ستون فقرات

✎ توده‌ی شکمی رکتال یا لگنی

✎ مثبت شدن یکی از تست‌های SLR، Reverse SLR، پاتریک یا دق پاشنه

✎ نقص عصبی پیش‌رونده‌ی فوکال در معاینه

📌 همینجا یاد بگیر که اگر بیمار مبتلا به کمر درد حاد ریسک فاکتورهای بالا رو نداشت، بیمار رو با تجویز مسکن یا ضد التهابی مثل دیکلوفناک ترخیص می‌کنیم. مثل این آقای ۳۲ ساله که دردش احتمالاً به علت اسپاسم عضلانیه و هیچ ریسک فاکتوری نداره.

❖ کی نیاز به بررسی آزمایشگاهی داریم؟ در کمر درد حاد به ندرت نیاز به آزمایش داریم، مگر در حضور ریسک فاکتورهای بالا.

❶ خانم ۶۰ ساله‌ای با کمر درد مکانیکی از ۲ هفته قبل مراجعه کرده است. در صورت وجود کدام یک از یافته‌های زیر بیمار نیاز به بررسی با روش‌های رادیوگرافیک دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۹- مشترک کشوری)

✎ حساسیت مهره دوم در دق ستون فقرات

✎ خشکی صبحگاهی به مدت ۱۰ دقیقه

✎ ایجاد درد در فقرات کمری در SLR بدون

انتشار به اندام تحتانی

✎ سابقه آرتریت روماتوئید در برادر وی

❷ آقای 32yr / درد کمر با انتشار به اندام تحتانی راست از یک هفته قبل به دنبال برداشتن جسم سنگین / تشدید درد با ایستادن، راه رفتن، بلند کردن جسم سنگین و نشستن طولانی / بهبود با دراز کشیدن / SLR منفی / گزینه مناسب؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطب تهران)

✎ EMG- NCV از اندام تحتانی

✎ رادیوگرافی از مهره‌های کمر

✎ انجام MRI از مهره‌های کمر

✎ تجویز ضد درد و استراحت و توصیه‌های بهداشتی

سوال	۱	۲	
پاسخ	الف	د	

❖ **پرسش** در صورت نیاز چه آزمایشاتی درخواست می‌کنیم؟

۱- CBC

۲- ESR

۳- U/A

❖ **پرسش** چه معایناتی رو در کمر درد باید انجام بدیم؟ علاوه بر معاینات روتین، باید رادیکولوپاتی رو رد یا اثبات کنیم و حس و حرکت عصبی و رفلکس‌ها رو بررسی کنیم.

❖ **پرسش** درد رادیکولر یا رادیکولوپاتی به دنبال آسیب به ریشه‌ی عصب ایجاد شده و مانورهایی که با کشیدگی عصب یا درگیری ریشه‌های عصبی همراهی دارد، باعث برانگیخته شدن درد می‌شوند. سه تست مهم SLR در تشخیص رادیکولوپاتی کمک می‌کنند، که عبارتند از: SLR (لازک)، SLR متقاطع (Crossed)، SLR معکوس (Reverse). SLR خالی در صورت احساس درد حین بالا آوردن پا (فلکشن غیر فعال هیپ) در وضعیت اکستنشن زانو و خوابیده مثبت می‌شود.

❖ **پرسش** SLR خالی و متقاطع در درگیری L5 یا S1 یعنی سیاتیک و SLR معکوس در درگیری L2، L3، L4 یعنی فمورال مثبت می‌شوند. ❖ **پرسش** اگر SLR در حالت نشسته مثبت و درد بیمار تشدید بشه، با شک قوی به رادیکولوپاتی باید بررسی‌های بیشتر انجام بدیم.

❖ **پرسش** درد مفصل هیپ می‌تواند رادیکولوپاتی را تقلید کند، در نتیجه برای تشخیص درد ناشی از آسیب مفصل هیپ میشه از تست دق پاشنه‌ی پا و یا نشانه‌ی پاتریک استفاده کرد. تست دق پاشنه در صورت احساس درد با دق پاشنه مثبت می‌شود. نشانه‌ی پاتریک هم به احساس درد هیپ در حرکت چرخش داخلی و خارجی گفته می‌شود.

❖ **پرسش** معاینات حسی، حرکتی و رفلکسی

سه ریشه‌ی عصبی مهم داریم که باید معایناتش رو دقیق بدونیم S1، L5، L4

❖ **پرسش** L4 حس قسمت خارجی قدام ران و داخل ساق پا را تأمین می‌کند. در اکستنشن زانو و ادداکشن هیپ و دورسی فلکشن پا نقش دارد و در صورت درگیری، رفلکس زانو یا پاتلار که به عضله‌ی چهار سر (کوادرسیس) وابسته‌ست مختل می‌شود.

❖ **پرسش** بیمار آقای ۴۵ ساله‌ای به دلیل کمردرد از ۴ ماه قبل، مراجعه کرده است. بیمار از تب گهگاهی هم شاکی است. کدامیک از بررسی‌های زیر را برای بیمار انجام می‌دهید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطب کرمان، مازندران و اصفهان)

C3

TSH

RF

ESR

❖ **پرسش** خانم 37yr / درد کمر سوزنی از ۳ هفته قبل / تشدید با نشستن و انتشار به پشت ران و ساق پای راست / بدون تندرns در ناحیه ستون فقرات / رفلکس آشیل نرمال / تشدید درد در SLR با زاویه‌ی هیپ ۴۵ درجه / جمله صحیح؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵- قطب شمال)

❖ **پرسش** بیمار Red Flag دارد و باید بررسی بیشتری برای وی انجام گیرد.

❖ **پرسش** کیفیت سوزشی درد نشان دهنده‌ی رادیکولر بودن و تحریک عصبی است.

❖ **پرسش** با توجه به عدم تندرns در ستون فقرات مشکلات رادیکولر و دیسکوپاتی رد می‌شود.

❖ **پرسش** تشدید درد در تست SLR در حالت نشسته و درازکش می‌تواند در تشخیص رادیکولوپاتی مؤثر باشد.

❖ **پرسش** وجود علامت «دق پاشنه پا» در کمردرد به نفع پاتولوژی در کدام قسمت است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵- قطب تهران)

❖ **پرسش** مفصل هیپ

❖ **پرسش** مفصل ساکروایلیاک

❖ **پرسش** مفصل فاست مهره

❖ **پرسش** دیسک بین مهره‌ای

❖ **پرسش** خانم 32yr / کمردرد به دنبال برداشتن جسم سنگین / انتشار درد از کمر به سمت قدامی و طرفی ران / معاینه: رفلکس چهار سر زانوی ضعیف و دورسال فلکشن مختل / احتمال درگیری کدام ریشه عصبی وجود دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطب مشهد)

L3

L4

S1

L5

سؤال	۳	۴	۵	۶
پاسخ	ج	د	الف	الف

۷ خانم ۵۲ ساله با شکایت کمر درد از حدود ۴ ماه قبل مراجعه کرده است. درد بیمار به سطح خارجی ران انتشار دارد. بیمار قادر به راه رفتن روی پاشنه نیست. احتمال درگیری کدام ریشه‌ی عصبی مطرح است؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۶- میان‌دوره کشوری)

L5

L3

S1

L4

۸ آقای ۴۵ ساله‌ای با کمر درد رادیکولر به اندام تحتانی چپ، متعاقب برداشتن جسم سنگین مراجعه کرده است. از توزیع درد در پشت ساق و ران و باسن شاکی است و اختلال حسی در ناحیه‌ی لترال پا دارد و قدرت پلاتانتار فلکسیون پا و شست پا کاهش یافته است. کدام ریشه‌ی لومبوساکرال درگیر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطب تبریز)

L5

S1

L4

L3

۱۵ قسمت خارجی خلف ران، خارج ساق پا، دورسال یا پشت پا (foot)، چهار انگشت اول و پاشنه‌ی پا را عصب‌دهی می‌کند. در ابداکشن هیپ و دورسی فلکشن پا نقش دارد. در نتیجه در فردی که قادر به ایستادن روی پاشنه نیست و یا افتادگی مچ پا (Foot drop) دارد و دورسی فلکشن پا مختل است، به درگیری L5 شک می‌کنیم.

۱۶ حس کف پا، سطح خارجی پا و انگشت کوچک پا را تأمین می‌کند و درد آن به خلف ران، ساق پا، باتک و خود پا منتشر می‌شود. در اکستنشن هیپ، پلاتانتار فلکشن (ایستادن روی پنجه) و فلکشن انگشتان پا نقش دارد. رفلکس پاشنه‌ی پا یا آشیل با ضربه زدن روی تاندون آشیل و پلاتانتار فلکشن پا چک می‌شود، اگر مختل شود باید به درگیری S1 فکر کرد. پس جمع‌بندی نکات رو ببین

مقتل شدن رفلکس زانو (عضله‌ی چهار سر) مربوط به کدام عصبه L4

افتلال Foot dors flexion و ایستادن روی پاشنه پا L5

افتلال Foot plantar flexion و ایستادن روی پنجه S1



## انواع کمر درد

۱۷ پنج نوع کمر درد داریم:

۱- کمر درد لوکال مثلاً به دنبال شکستگی، تومور و عفونت.

۲- کمر درد رادیکولر حالت تیز و تیر کشنده به اندام تحتانی داره و بیمار با سرفه و عطسه هم احساس درد می‌کند و بیشتر هم در ناحیه‌ی عصب سیاتیک درد را احساس می‌کند. اگر بیمار در حالت نشسته و اکستنشن زانو، پا را بالا آورده و درد احساس کند به درگیری عصب سیاتیک (S1 و L5) شک می‌کنیم.

۳- کمردرد ناشی از ستون فقرات مثل نقایص ستون فقرات که دو موردش رو پایین می‌بینیم.

اسپوندیلولیز شایع‌ترین علت کمردرد التهابی در جوانان است. نقص استخوانی مهره علت این بیماری است که در نمای مایل مهره، خط شکستگی و نمای سگ اسکاتلندی دیده می‌شود.

اسپوندیلولیزتیز لیز خوردن مهره‌ی فوقانی روی مهره تحتانی که در لمس توی لمس حالت stepping و پله‌مانند دارد.

۹ خانم ۶۰ ساله‌ای به علت کمردرد با انتشار به اندام‌های دو طرف مراجعه کرده است. در معاینه علاوه بر تندرین در عضلات اطراف ستون فقرات، در لمس عمقی قسمت تحتانی کمر، Step وجود دارد. مناسب‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴- قطب کرمان)

Spondylolistesis

Discopathy

Back strain

Canal Stenosis

سؤال	۷	۸	۹
پاسخ	ب	ب	الف

۴- کمردرد ارجاعی ☞ منشأ درد ارجاعی، ستون فقرات نیست بلکه عضوی از شکم یا لگن درگیر است که به کمر تیر می‌کشد مثل پانکراتیت.

۵- درد ناشی از اسپاسم عضلات ☞ بیشتر در ورزشکاران و یا فردی که حرکت ناگهانی و شدید داشته دیده می‌شود. درد، حالت تیر کشنده و ثابت و مداوم دارد. SLR بیمار منفیه، درد به اندام تحتانی تیر نمی‌کشد و از پوزیشن بیمار که خودش صاف و سفت نگه داشته میتونی بفهمی که دردش اسپاستیکه.

### مسح کمر درد التهابی

کمر درد التهابی رو تو فصل اسپوندیلوآرتروپاتی خونديم. باید هر کمر درد التهابی مزمن یعنی بالای سه ماه رو تو افراد جوان‌تر از ۴۵ سال بررسی کنیم. هشت کرایتریای کمر درد التهابی چیه؟

۱- سن شروع زیر ۴۰ سال

۲- تدریجی

۳- بهبود با فعالیت

۴- عدم بهبود با استراحت

۵- درد شبانه‌ای که با بلند شدن بهتر می‌شود

۶- و بیمار رو از خواب بیدار می‌کنه

۷- خشکی صبح‌گاهی بالای ۳۰ دقیقه

۸- درد باسن

برای بررسی باید سه نوع تست درخواست کنیم:

📌 آزمایشات غیر اختصاصی CBC، ESR، CRP

📌 گرافی ساده‌ی لگن (ساکروایلیاک) و اگر نرمال بود، MRI مفصل

ساکروایلیاک

📌 HLA-B27

علت‌های کمر درد

📌 چند علت مهم کمر درد رو پایین ببین:

اسپاسم یا کشیدگی عضلانی (مثلاً به دنبال بلند کردن وزنه‌ی سنگین یا افتادن) ☞ این عارضه معمولاً با وضعیت غیرطبیعی و سفتی عضلات پاراسپاینال همراهی دارد و خود محدودشونده است.

تروما ☞ مثلاً بر اثر سقوط از ارتفاع و آسیب L5 که CTscan روش تشخیصی ارجح در تروما است.

۱۱ آقای ۵۰ ساله‌ای به علت کمردرد از ۹ ماه قبل مراجعه کرده است. بیمار ذکر می‌کند در طی این مدت درد سیر پیشرونده داشته و در بعضی از روزها فقط درد باسن دارد. از خشکی صبحگاهی یک ساعته در ناحیه‌ی کمر شاکی است و بهبود درد را با فعالیت ذکر می‌کند. کدامیک از یافته‌های بیمار با کمردرد التهابی کم‌تر همخوانی دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۷- مشترک کشوری)

📌 سن بیمار

📌 درد باسن

📌 مدت شروع علائم

📌 بهبود درد با فعالیت

۱۱ آقای ۵۰ ساله‌ای با کمردرد و بی‌اختیاری ادرار مراجعه کرده است. در معاینه ضعف اندام‌های تحتانی، کاهش رفلکس‌های اندام تحتانی و Sad- dle Anesthesia دارد. کدامیک از تشخیص‌های زیر محتمل است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴- قطب کرمان)

📌 دیسکوپاتی

📌 اسپوندیلولیز

📌 شکستگی مهره ناشی از استئوپروز

📌 سندرم دم اسب

سؤال	۱۰	۱۱	
پاسخ	الف	د	





**سندرم دم اسب** ☞ در این سندرم چند ریشه از عصب لومبوساکرال درگیر شده است که با بی‌اختیاری ادرار، کمردرد، کاهش رفلکس‌های وتیری و درد و بی‌حسی دوطرفه (saddle anesthesia) همراه است. بهترین راه تشخیص آن MRI است.

**فتق دیسک** ☞ علائمی مشابه سندرم دم اسب دارد با این تفاوت که بی‌حسی دوطرفه وجود ندارد و MRI بهترین روش تشخیصی است.

**تنگی کانال نخاعی** ☞ یکی از علل شایع تنگی کانال نخاعی استئوآرتروز یا اسپوندیلوز در سن بالا است که درد کمر بیمار با ایستادن و راه رفتن بدتر و با نشستن و به جلو خم شدن بهتر می‌شود، در نتیجه حین راه رفتن به علت کمر درد و بی‌حسی اندام هر چند دقیقه یک بار باید بنشینند. در تنگی کانال نخاعی معاینات و رفلکس‌های وتیری نرمال است. تشخیص قطعی به کمک MRI تأیید می‌شود.

**عقونت مهره** ☞ کمر درد بیمار با استراحت رطرف نمی‌شود، در طول شب درد بیشتر شده و با تب، تدرنس مهره، لکوسیتوز و ESR بالا همراه است.

### درد گردن

سه علت مهم گردن درد شامل تروما، هرنی دیسک و اسپوندیلوز گردنی است. در هرنی دیسک شایع‌ترین ریشه‌های درگیر C6 و C7 هستند. از علائم شایع هرنی دیسک، درد و سوزن سوزن شدن گردن و شانه و بازو به همراه خشکی و محدودیت دامنه‌ی حرکات را می‌توان نام برد. درماتوم و رفلکس‌های مهم در گردن رو باید بدوینیم:

### قدام گردن

☞ قسمت خارجی بازو، قدام بازو و ساعد ☞ C5

☞ شست دست ☞ C6

☞ انگشت دوم و سوم ☞ C7

☞ انگشت چهارم و پنجم ☞ C8

### خلف گردن

☞ خارج بازو تا خلف شست ☞ C6

☞ خلف بازو و ساعد تا انگشت دوم و سوم ☞ C7

☞ یه ذره پایین‌تر تا خلف انگشت چهارم و پنجم ☞ C8

۱۱ آقای ۳۵ ساله‌ای با کمر درد از یک ماه قبل مراجعه نموده است. درد بیمار در تمام طول روز ادامه دارد و شب‌ها تشدید می‌گردد، و همراه با تب و کاهش اشتها است. در معاینه دق مهره‌های کمری دردناک است. کدامیک از تشخیص‌های زیر برای بیمار بیشتر مطرح است؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۶ - میان‌دوره‌ی اصفهان)

☞ اسپوندیلولیزیس

☞ عفونت مهره‌ای

☞ تنگی کانال نخاعی

☞ استئوپروزیس

۱۲ خانم ۴۰ ساله از دو هفته قبل دچار درد گردن با انتشار به سطح دورسال ساعد و انگشت سوم دست راست شده است. در معاینه رفلکس عضله‌ی سه سر کاهش یافته است. کدامیک از ریشه‌های عصبی زیر درگیر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطب کرمانشاه)

☞ C5

☞ C7

☞ C6

☞ C8

سؤال

۱۲

۱۳

پاسخ

ب

ب


🔪 مدیال بازو و آگزیلا T1

🔪 رفلکس‌های مهم:

🔪 رفلکس باسپس C5 و C6

🔪 رفلکس تری‌سپس C7

📌 در تروما به گردن در صورت وجود این ۱۰ ریسک فاکتور، بیمار باید تحت

تصویربرداری گردن و ستون فقرات گردنی ترجیحاً با سی‌تی اسکن قرار گیرد:

۱- سن بالای ۶۵ سال

۲- پارستزی اندام

۳- مکانیسم ترومای خطرناک مثل سقوط از بیش‌تر از سه فوت یا پنج پله

۴- استئوپروز شدید

۵- سابقه مصرف گلوکوکورتیکوئید، مثل این مریض با سن بالای ۶۵ سال

۶- کنسر

۷- اختلال هوشیاری

۸- نقص نورولوژیک

۹- تندرست مهره‌های گردنی یا درد شدید

۱۰- مسمومیت برای بیمار مطرح باشد.

۱۴ خانم ۶۶ ساله مبتلا به آرتریت روماتوئید از ۲۰

سال قبل که تحت درمان کورتون طولانی مدت

می‌باشد، به دنبال سقوط از ۴ پله دچار درد گردن

به شکل حاد و ناگهانی شده است. در مراجعه به

اورژانس رادیوگرافی گردن به نظر طبیعی است.

اقدام مناسب کدام است؟ (پره‌اترنی دی ۹۹-

میان‌دوره‌ی کشوری)

Ⓐ اطمینان بخشی به بیمار و تجویز NSAID

Ⓑ دادن Collar و مراجعه یک هفته بعد

Ⓒ با احتمال تشدید بیماری روماتوئید دوز

پردنیزولون افزایش یابد.

Ⓓ انجام سی‌تی‌اسکن از گردن جهت بررسی

شکستگی

🧠 پیر پرو رو تست تمرینی.

اصلی‌ترین و مفیدترین آگاهی آن است که انسان بر علیه اندیشه‌هایش قیام کند!

و به معض جاری شدن اندیشه‌ای در ذهن، دنباله‌رو آن نباشد

بلکه آن اندیشه را مورد بررسی قرار دهد... دلایل اولیه‌ی تمام عملکردهای اشتباه ما،

اندیشه‌هاست!

پس بهتر است به نقطه‌ی آغازین عملکردهای غلط توجه داشته باشیم

و سعی در اصلاح اندیشه‌هایمان داشته باشیم...

# هادی بیگدلی

سؤال	۱۴			
پاسخ	د			

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
افتلالات اطراف مفصلی	مهم	۴

۱ کدامیک از موارد زیر در مورد بیماری جنب مفصلی (Peri Articular) صحیح است؟ (پره‌انترنی شهرپور ۹۳- قطب شمال)

الف) محدودیت در حرکات فعال

ب) محدودیت در حرکات غیرفعال

ج) خشکی صبحگاهی بیش از یک ساعت

د) بهبود علائم در فعالیت‌های روزمره

پس در اختلالات اطراف مفصلی، ساختمان‌های اطراف مفصل مثل بورس و لیگامان درگیر می‌شوند که محدودیت حرکات فعال را (active) داریم اما حرکات غیرفعال (passive) نرمال است.

#### بورسیت

بورس ساختار کیسه مانند از جنس بافت سینوویوم است که باعث تسهیل حرکات و جلوگیری از اصطکاک در حرکات تاندون و عضلات روی استخوان می‌شود. استفاده‌ی بیش از حد، شایع‌ترین علت بورسیت است. از علل دیگر آن می‌توان تروما، عفونت، بیماری‌هایی مثل نقرس و ... را نام برد. انواع بورسیت:

#### بورسیت ساب آکرومیال (ساب دلتوئید)

این بورس بین سر استخوان هومروس و زیر زائده آکرومیون قرار دارد که با عضله‌ی دلتوئید پوشیده می‌شود. در اثر بالابردن مکرر بازو ایجاد می‌شود. بورسیت ساب آکرومیال شایع‌ترین نوع بورسیت است و معمولاً با تاندونیت روتاتور کاف همراهی دارد.

#### بورسیت اوله کرانون

همونطور که از اسمش مشخصه، خلف مفصل آرنج قرار دارد که در التهاب دچار قرمزی، تورم و گرمی می‌شود. دو تشخیص افتراقی مهم بورسیت اوله کرانون، نقرس و عفونت مفصل (آرتریت سپتیک) است، پس با شک به بورسیت اوله کرانون، حتماً مایع بورسیت رو آسپیره و از نظر کشت، کریستال اورات و ... بررسی کن.

#### بورسیت تروکانتریک

این بورس بین تروکانتر بزرگ فمور و محل اتصال عضله گلوئوس مدیوس است. تظاهرات بورسیت تروکانتریک شامل درد در قسمت لترال هیپ و ناحیه‌ی فوقانی ران (با انتشار به قدام ران)، درد در حرکات ابداکشن و چرخش خارجی مفصل هیپ و تندرns لوکال در معاینه‌ی لترال هیپ است.

۲ خانم ۳۰ yr / درد لترال هیپ چپ / انتشار به قسمت

قدام ران / معاینه: تندرns لوکال لترال هیپ و ابداکشن هیپ دردناک / محتمل‌ترین تشخیص؟ (پره‌انترنی شهرپور ۹۷- قطب آزاد)

الف) نکرور آوسکولار هیپ

ب) آرتریت مفصل ساکرو ایلیاک

ج) آرتریت مفصل هیپ

د) بورسیت تروکانتریک

سؤال	۱	۲		
پاسخ	الف	د		



### بورسیت ایلئوپسواس

محل بورس بین عضله‌ی ایلئوپسواس و مفصل هیپ است که التهاب آن با درد در ناحیه‌ی کشاله‌ران (groin) و قدام ران و درد در حرکات هایپراکستنشن و فلکسیون هیپ همراه است. از آنجایی که تشخیص بورسیت ایلئوپسواس بالینی است پس معاینه و گرفتن شرح حال برای تشخیص کفایت می‌کند.

### بورسیت پره پاتلار (زانوی خدمتکاران)

این بورس بین پوست و استخوان پاتلا قرار دارد. در اثر زانو زدن مکرر روی سطوح سفت ایجاد و باعث تورم و تدریس در قدام زانو میشه. میتونه به دنبال نقرس و عفونت (آرتریت سبتیک) ایجاد بشه.

### بورسیت ایسکیال (نشیمن گاه بافندگان!)

بین عضله‌ی گلوئوس مدیوس و توبروزیته‌ی ایسکیوم قرار دارد. به بورسیت ایسکیال، بیماری نشیمن گاه بافندگان (weaver's bottom) هم گفته میشه چون در اثر نشستن طولانی مدت روی سطوح سفت ایجاد میشه.

### بورسیت آنسرین (anserine)

این بورس در سطح داخلی تیبیا (قسمت قدامی داخلی زانو) و در زیر تاندون مشترک پنجه‌غازی (تاندون عضلات سارتریوس، گراسیلیس و سمی‌تندینوسوس) قرار دارد. تظاهر اصلی آن، درد هنگام بالارفتن از پله است.

### بورسیت آشیل

بالای سطح اتصال تاندون آشیل متصل به استخوان کالکائوس قرار دارد. شایع‌ترین علت بورسیت آشیل پوشیدن کفش‌های تنگ بیشتر در خانم‌ها و فعالیت زیاد است.

### درمان بورسیت

درمان بورسیت دو جزء دارد:

۱- استراحت ☞ اجتناب از حرکاتی که باعث تشدید درد می‌شوند.

۲- کاهش التهاب ☞ مصرف NSAID و تزریق گلوکوکورتیکوئید موضعی در بورس.

### تاندونیت روتاتور کاف

شایع‌ترین علت درد شانه تاندونیت روتاتور کاف است که علت ایجاد آن بالابردن مکرر بازو و تروما است. روتاتور کاف از تاندون چهار عضله‌ی سوپراسپیناتوس، اینفراسپیناتوس، ترس مینور و ساب اسکپولاریس تشکیل شده است که تاندون سوپراسپیناتوس بیشتر از همه درگیر می‌شود.

Impingement Sign به درد هنگام ابداکشن فعال در زاویه ۶۰-۱۲۰ درجه گفته می‌شود.

### خانم ۵۹ ساله‌ای با درد قسمت قدامی ران

راست به مدت ۲ هفته مراجعه نموده است. درد در هنگام خواب تشدید می‌شود. در معاینه Hip حرکات Rotation خارجی و داخلی نرمال می‌باشد. Abduction هیپ نرمال بوده ولی با اکستنسیون و فلکسیون هیپ درد بیمار تشدید می‌شود. مناسب‌ترین اقدام بعدی کدام است؟ (پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

معاینه و گرفتن history بیمار کافی است

انجام MRI ناحیه‌ی هیپ راست

انجام سونوگرافی مفصل هیپ راست

انجام اسکن رادیوایزوتوپ

### در مورد تاندونیت پنجه‌غازی (Anserine Bur-sitis)

تمام موارد صحیح است، بجز: (پره‌انترنی اسفند ۹۹- مشترک کشوری)

فشار با انگشت در قسمت قدامی خارجی زانو، حدود ۲ تا ۳ بند انگشت زیر خط مفصلی درد را به وجود می‌آورد.

استراحت، داروهای ضد التهابی و در صورت لزوم تزریق موضعی کورتیکواستروئید درمان آن می‌باشد.

درد مکانیکی می‌باشد و بیشتر هنگام بالا و پایین رفتن از پله ظاهر می‌شود و همچنین موقع پا روی پا انداختن

بیمار از درد منطقه زانو شکایت دارد.

### آقای 45yr / درد شانه از دو هفته پیش و تشدید درد هنگام خوابیدن روی شانه و در حرکت ابداکسیون در زاویه ۶۰-۱۲۰ درجه / تشخیص؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵- قطب کرمانشاه)

تاندونیت کلسیفیه

تاندونیت بای‌سپس

تاندونیت روتاتور کاف

کپسولیت چسبنده

سؤال	۳	۴	۵
پاسخ	الف	الف	ج

### پارگی روتاتور کاف

به دنبال تروما یا بلند کردن ناگهانی جسم سنگین ایجاد میشه که با درد در حرکات ابداکشن و چرخش خارجی مشخص میشه. تست افتادگی بازو (Drop arm test) به تشخیص روتاتور کاف کمک می‌کنه؛ بازو رو تا ۹۰ درجه به صورت پاسیو ابداکت می‌کنیم و دستمون رو بر می‌داریم و از بیمار می‌خوایم که آروم دستش رو پایین بیاره، در پارگی روتاتور کاف دست بیمار می‌افته. پارگی روتاتور کاف رو با MRI، سونوگرافی و آرتروگرافی میشه تشخیص داد. درمان پارگی معمولاً نگهدارنده (conservative) است و اگر جواب نداد جراحی می‌کنیم.

### تاندینیت کلسیفیه

معمولاً بعد از ۴۰ سالگی و در اثر رسوب نمک‌ها (هیدروکسی آپاتیت) روی تاندون ایجاد شده که باعث درد ناگهانی و شدید در شانه می‌شود. تاندینیت کلسیفیه معمولاً خود محدود شونده است و به NSAID و یا فیزیوتراپی جواب می‌دهد. اگر نداد آسپیراسیون و جراحی هم می‌توان انجام داد.

### تاندینیت بای سپس

تظاهرات تاندینیت بای سپس شامل درد در قدام بازو و درناودان بای سیپیتال وجود داره و حرکات دردناک ابداکشن و چرخش خارجی بازو است. در تست Yergason آرنج بیمار را ۹۰ درجه فلکس کرده و درمقابل سوپیناسیون ساعد مقاومت ایجاد می‌کنیم که باعث ایجاد درد در طول تاندون Biceps می‌شود. پارگی بای سپس می‌تواند به دنبال حرکات سنگین ایجاد شود که در فلکشن آرنج نمای واضح ملوان زبل یا Popeye را دارد. تست Yergason مثبت است.

درمان پارگی بای سپس در افراد جوان جراحی فوری است، ولی در افراد مسن چون درد زیادی ایجاد نمی‌کند نیاز به جراحی نیست.

### تنوسینوویت دکوروان (De Quervain)

این بیماری به دنبال التهاب غلاف مشترک دو عضله‌ی ابداکتور دراز شست (Abductor pollicis longus) و اکستانسور کوتاه شست (Extensor pollicis brevis) در حرکات مکرر چرخشی مچ دست ایجاد می‌شود. تنوسینوویت دکوروان معمولاً در خانم‌های باردار و یا خانم‌هایی که تازه باردار شده و بچه بغل می‌کنند دیده می‌شود که با درد، تورم و تندرns روی زائده‌ی استیلوئید رادیوس همراه است.

خانم ۸۰ ساله با درد شانه‌ی راست از دو ماه قبل به کلینیک روماتولوژی مراجعه می‌نماید. در سابقه‌ی قبلی از بیمار، سابقه‌ی تروما به شانه‌ی راست را دو ماه قبل ذکر می‌نماید. در معاینه‌ی انجام شده drop arm test مثبت است. تشخیص بیمار فوق چیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطب مشهد)

- الف) تاندونیت ترس مینور
- ب) تاندونیت سوپراسپایناتوس
- ج) تاندونیت بای سپس
- د) پارگی تاندون روتاتور کاف

مرد ۲۵ ساله ورزشکار با شکایت درد قدام بازو مراجعه کرده است. در معاینه، زمانی که آرنج در وضعیت فلکسیون ۹۰ درجه است، مقاومت در برابر سوپیناسیون دست، منجر به تشدید درد می‌گردد. تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۶ - قطب اهواز)

- الف) تاندونیت بای سپس
- ب) تاندونیت ترای سپس
- ج) تاندونیت روتاتور کاف
- د) اپی‌کوندیلیت لترال

در پری آرتريت تنوسینوویت دوکرون، محل حداکثر درد در کدام قسمت است؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۶ - میان‌دوره‌ی اصفهان)

- الف) استیلوئید رادیال
- ب) استیلوئید اولنار
- ج) اولین مفصل کارپومتاکارپال
- د) متاتارسوفالانژیال اول

سؤال	۶	۷	۸
پاسخ	د	الف	الف

**پاسخ** تست فینکل اشتاین (Finkelstein) در تنوسینوویت دکوروان مثبت است؛ از بیمار می‌خوایم انگشت شستش رو کف دست قرار بده و بقیه انگشتان رو روی اون جمع کنه که انحراف دست به سمت اولنا باعث درد در ناحیه‌ی استیلوئید رادیوس (ناحیه Anatomical snuffbox) میشه.

درمان دکوروان شامل آتل‌بندی و استفاده از NSAID و تزریق گلوکوکورتیکوئید موضعی در موارد مقاوم یا شدید است.

۹ تست Finkelstein's در کدامیک از بیماری‌های زیر مثبت است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶-قطب اهواز)

الف Calcific Tendinitis

ب Carpal Tunnel syndrome

ج Palmar fasciitis

د Dequervain's Tenosynovitis

**پاسخ** سندرم کارپال تونل

سندرم کارپال تونل به دنبال تحت فشار قرار گرفتن عصب مدیان حین عبور از تونل کارپال ایجاد می‌شود که با علائمی مثل درد مچ، پارستزی انگشتان اول، دوم، سوم و نیمه‌ی رادیال چهارم و آتروفی عضلات تنار همراه است. این سندرم در شرایطی مثل بارداری، ادم، تروما، استئوآرتریت، آرتریت روماتوئید و ... بیشتر دیده می‌شود. دو تست معروف تینل (Tinel) و فالن (phalen) با تحریک پارستزی انگشتان برای تشخیص بیماری استفاده می‌شوند.

۱۰ خانم باردار با درد مچ دست راست و پارستزی سه انگشت اول و نیمه‌ی رادیال انگشت چهارم مراجعه کرده است. سابقه‌ی بیماری زمینه‌ای ندارد. انجام کدام تست بالینی زیر در تشخیص بیماری ایشان کمک کننده است؟ (پره‌انترنی تیر ۹۷-میان‌دوره‌ی کشوری)

الف PHALEN

ب FINKELSTEIN

ج BALLOTTEMENT

د YERGASON

**پاسخ** کپسولیت چسبنده (Frozen shoulder)

کپسولیت چسبنده معمولاً در خانم بالای ۵۰ سال و در همراهی با بیماری‌های سیستمیکی مثل دیابت، MI، بیماری‌های مزمن ریوی و حتی بی‌حرکتی دراز مدت بازو ایجاد می‌شود. کپسول مفصل شانه ضخیم و گاهی فیروز شده که ممکن است انفیلتراسیون سلول‌های التهابی هم دیده شود. کپسولیت چسبنده با درد و محدودیت حرکات مفصل شانه در تمام جهات و در تمام حرکات Active و Passive همراه است، درد معمولاً بیمار را از خواب بیدار می‌کند. کیس تیپیک کپسولیت چسبنده خانم دیابتی با محدودیت همه حرکات شانه و درد شبانه است. تشخیص با معاینه فیزیکی و تأیید با آرتروگرافی است. در گرافی ساده هم ممکن است استئوپنی دیده شود.

۱۱ خانم ۵۵ ساله با سابقه‌ی دیابت به علت درد شانه‌ی راست مراجعه کرده است. درد از ۴ ماه قبل شروع شده است. درد مداوم است و شب‌ها نیز وجود دارد. در معاینه، محدودیت حرکات در تمام جهات وجود دارد. کدام تشخیص زیر مطرح می‌گردد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷-مشترک کشوری)

الف بورسیت ساب آکرومیون

ب کپسولیت چسبنده

ج تاندونیت عضله‌ی دو سر

د پارگی تاندون روتاتور کاف

درمان اصلی کپسولیت چسبنده

فیزیوتراپی؛ درمان اصلی

کاهش التهاب با NSAID و تزریق گلوکوکورتیکوئید موضعی.

سؤال	۹	۱۰	۱۱
پاسخ	د	الف	ب

## پیچ اپی کندیلیت خارجی (Tennis elbow)

اکستشن و سوپیناسیون مکرر مچ دست در برابر مقاومت (مثل تییس بازان و حمل کنندگان چمدان) باعث درد، تندرئس و تورم محل اتصال تاندون مشترک عضلات اکستانسور ساعد به اپی کندیل خارجی هومروس می شود. درد ممکن است به ساعد و مچ دست کشیده شود.

درمان اپی کندیلیت خارجی شامل:

- ❶ استراحت و پرهیز از حرکات تشدیدکننده (مثل اکستشن و سوپیناسیون)
- ❷ حتی گاهی آتل بندی و Sling.
- ❸ کاهش التهاب با NSAID و تزریق گلوکوکورتیکوئید موضعی.
- ❹ اولتراسوند و کیسه یخ و ماساژ

## اپی کندیلیت داخلی (Golfer' elbow)

فلکشن و پروناسیون مکرر مچ دست در برابر مقاومت (مثل گلف و بیس بال) باعث التهاب، پارگی و تندرئس در محل اتصال تاندون عضلات فلکسور ساعد و پروناتور ترس به اپی کندیل داخلی هومروس می شود. ممکن است مثل درد قلبی به ساعد و مچ دست هم کشیده شود.

## پیچ فاشییت پلانتار

از علل شایع درد کف پا در بزرگسالان است که به دنبال پوشیدن کفش تنگ، راه رفتن روی سطوح سخت، چاقی، کف پای صاف و در دوندگان ایجاد می شود. فاشییت پلانتار با تندرئس پاشنه ی پا و همینطور درد کف پای صبحگاهی همراه است که به دنبال چند قدم راه رفتن شروع و با پابرهنه راه رفتن یا بالا رفتن از پله ها تشدید می شود.

تشخیص فاشییت پلانتار بالینی است، ولی سونوگرافی، MRI و رادیوگرافی هم کمک می کند؛ ممکن است در رادیوگرافی خار پاشنه (spur) دیده شود که اهمیت تشخیصی زیادی ندارد.

درمان شامل یخ، ماساژ، کفش طبی، بانداژ شبانه، NSAID و تزریق موضعی گلوکوکورتیکوئید است.

پیرو پرو سر تست تمرینی.

## ۱۲ بیمار آقای ۳۸ ساله ای است که با درد آرنج

راست از ۳ هفته قبل مراجعه کرده است. درد وی با فعالیت و بلند کردن اجسام سنگین تشدید می شود. درد به ساعد تیر می کشد. در معاینه، تورم آرنج دیده نمی شود و دامنه حرکتی مفصل آرنج حفظ شده است ولی در قسمت خارجی آرنج، تندرئس موضعی وجود دارد. در ارتباط با درمان بیمار، کدامیک جایی در درمان بیماری ندارد؟ (پرهاترنی اسفند ۹۶ - قطب شیراز)

❶ تجویز NSAID

❷ تزریق موضعی استروئید

❸ استفاده از اولتراسوند در موضع درد

❹ محدودیت در پروناسیون و اکستانسیون مچ

## ۱۳ بیمار آقای ۴۵ ساله ای است که با درد پاشنه ی

پای راست مراجعه نموده است که به خصوص صبح ها بعد از بیدار شدن از خواب شدت دارد و با خشکی چند دقیقه ای همراه است. در معاینه تندرئس لوکال در مدیال پاشنه ی پای راست دارد. جهت وی چه اقدامی انجام می دهید؟ (پرهاترنی شهریور ۹۶ - قطب آزاد)

❶ انجام رادیولوژی برای دیدن خار پاشنه

❷ CBC diff- ESR- RF- ANA

❸ ماساژ موضعی و مصرف NSAID

❹ مشاوره ی ارتوپدی جهت نیاز به جراحی خار پاشنه

سؤال	۱۲	۱۳	
پاسخ	د	ج	



عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
فیبرومیالژیا	غیرمهم	۰

❶ خانم ۳۷ ساله به دلیل درد و خشکی صبحگاهی در اندام‌ها مراجعه می‌کند. بیمار از خستگی صبحگاهی و اختلالات حافظه شاکی است، در معاینه تندرست جنرالیزه بدن وجود دارد. بیمار سابقه‌ی سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر و گزگز اندام‌ها را ذکر می‌کند. تست‌های معمول شامل: TSH , CRP , ESR , CBC diff و بیوشیمی بیمار نرمال است. کدام گزینه را مناسب می‌دانید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطب کرمان، مازندران و اصفهان)

❷ درخواست ANA و RF

❸ تکرار مجدد CBC, CRP, ESR

❹ نیاز به اقدام تشخیصی اضافه ندارد

❺ EMG-NCV

❷ درد و تندرست منتشر و مزمن عضلانی اسکلتی به خصوص به صورت قرینه در بالا و پایین کمر و اسکلت محوری، زانو، آرنج و ...؛ درد بیمار باید اغلب در روز و اکثر روزها به مدت حداقل ۳ ماه همراهش باشد.

❸ احساس خستگی در طول روز

❹ احساس خشکی طولانی مدت بدن

❺ اضطراب، افسردگی، عدم تمرکز، کاهش کیفیت خواب

❸ سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر، دیس‌منوره و میگرن در این بیماران شایع‌تر است.

اساس درمان بیمار مبتلا به فیبرومیالژی کاهش عوامل استرس‌زا و بالا بردن کیفیت زندگی بیمار است. درمان دارویی بیمار هم باید در همین جهت باشد.

❹ خلاقیت دلاور، تموم شد! تست تمرینی هم بیخیال، برو سر ژلوفن ببری 😊

بگذارید بنام انسان زندگی کنیم. بگذارید آثانی که در هست و بوی حقیقت طبیعت بوزند

و هرگز انسان‌های مشابه خود را اعدام نکرند را بیاد بیاوریم.

ستاره‌شناسان و شیمی‌دان‌ها هرگز زنجیر آهنین بوم نبافتند، هرگز قهره‌ی تاریک زندان نسافتند.

زمین‌شناسان هرگز ابزاری برای شکنجه و آزار ابداع نکرند.

فیلسوفان تئوری‌های حقیقی و حقیقت را با سوزاندن همسایگانشان به مردم ارائه ندادند.

آزاداندیشان و دگراندیشان برهسته فقط برای نیکی مردمان و انسان‌ها زیسته‌اند.

# رابرت اینگرسول

سؤال	۱			
پاسخ	ج			